Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

UNIVERSITY OF CALIFORNIA
MEDICAL CENTER LIBRARY
SAN FRANCISCO

EX LIBRIS

MEDICAL-DENTAL LIBRARY
UNIVERSTIY OF MARQUETTE

Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT

FRÜHER: MONATSHEFTE FÜR PRAKTISCHE DERMATOLOGIE

UNTER MITWIRKUNG VON

A. ALEXANDER-Berlin, J. ALMKVIST-Stockholm, G. ARNDT-Berlin, E. ARNING-Hamburg, CH. AUDRY-Toulouse, C. BECK-Budapest, B. BERON-Sofia, I. BLOCH-Charlottenburg, M. BOCKHART-Wiesbaden, E. BODIN-Rennes, L. BROCQ-Paris, C. BRUCK-Altona, C. BRUHNS-Berlin, A. BUSCHKE-Berlin, S. MENDES DA COSTA-Amsterdam, J. DARIER-Paris, K. DOHI-Tokio, E. EHLERS-Kopenhagen, S. EHRMANN-Wien, M. F. ENGMAN-St. Louis, J. FABRY-Dortmund, J. v. FICK-Wien, E. FINGER-Wien, W. FISCHER-Berlin, E. FRAENKEL-Hamburg, R. FRÜHWALD-Leipzig, E. GALEWSKY-Dresden, S. GROSZ-Wien, M. HAASE-Memphis, Tenn., L. HALBERSTAEDTER-Charlottenburg, J. HELLER-Charlottenburg, K. HERXHEIMER-Frankfurt a. M., M. HODARA-Konstantinopel, E. HOFFMANN-Bonn, H. HÜBNER-Elberfeld, J. JADASSOHN-Breslau, A. JORDAN-Moskau, M. JOSEPH-Berlin, E. KLAUSNER-Prag, V. KLINGMÜLLER-Kiel, W. KOLLE-Frankfurt a. M., A. KOLLMANN-Leipzig, E. KROMAYER-Berlin, F. v. KRZYSZTALOWICZ-Warschau, R. LEDERMANN-Berlin, H. P. LIE-Bergen, E. MEIROWSKY-Cöln, L. MERK-Innsbruck, E. MORO-Heidelberg, P. MULZER-München, O. NAST-Danzig, L. NIELSEN-Kopenhagen, G. NOBL-Wien, J. ODSTRČIL-Olmütz, M. OPPENHEIM-Wien, M. PELAGATTI-Parma, H. C. PLAUT-Hamburg, S. POLLITZER-New York, C. POSNER-Berlin, G. de PROBIZER-Overeto, M. L. RAVITCH-Louisville, Ky., E. RIECKE-Göttingen, K. RÜHL-Turin, P. RUSCH-Wien, F. SAMBERGER-Prag, J. F. SCHAMBERG-Philadelphia, W. SCHOLTZ-Königsberg i. P., J. SCHUMACHER-Berlin, O. SEIFERT-Würzburg, E. TOMASCZEWSKI-Berlin, L. TÖRÖK-Budapest, A. TRtB-Brünn, P. UHLENHUTH-Marburg, K. ULLMANN-Wien, F. v. VERESS-Budapest, H. VÖRNER-Leipzig, W. WECHSELMANN-Berlin, J. WERTHER-Dresden, CH. J. WHITE-Boston, P. WICHMANN-Hamburg, U. J. WILE-Ann-Arbor, F. WINKLER-Wien

HERAUSGEGEBEN VON

P. G. UNNA
HAMBURG

J. H. RILLE
LEIPZIG

E. DELBANCO
HAMBURG

FÜNFUNDSIEBZIGSTER BAND

1922

JULI BIS DEZEMBER (Nr. 27—52)

MIT 51 ABBILDUNGEN IM TEXT UND 2 MEHRFARBIGEN TAFELN

LEIPZIG / VERLAG VON LEOPOLD VOSS / 1922

Digitized by Google

Inhaltsverzeichnis.

Originalarbeiten.

Seite

Über die Radiumbehandlung der Induratio penis plastica. Von Leo Kumer . . . 673
Die Behandlung des Lupus erythematodes mit Neosilbersalvarsan. Von Eduard Hachez . . . 678
Der Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Von Robert Schmölder . . . 680
Suprarenin. Von P. G. Unna . . . 685
Neue Ansichten über die Bewertung der Wassermannschen Reaktion in Hinsicht auf die Beschaffenheit des reaktiven organischen Zustandes und das daraus folgende therapeutische Verhalten. Von M. Rebaudi und L. Sivori . . . 697
Zu Nourneys Immunitätsbehandlung der Geschlechtskrankheiten. Von Ernst Delbanco . . . 705
Krankheit und Vererbung. Von Leven . . . 709
Bemerkungen zu dem Aufsatz „Beitrag zur Kenntnis des Leukoderma syphiliticum" von Dr. W. Freymann. Von S. Ehrmann . . . 721
Zur Behandlung der Psoriasis vulgaris. Von Hübner . . . 724
Über eine durch das Achorion violaceum hervorgerufene Erkrankung des behaarten Kopfes. Von Felix Harry . . . 726
Ein Fall von knötchenförmigem pustulösem ekthymatösem wucherndem Jodausschlag oder Jododerma tuberosum. Von Menahem Hodara und Houloussi Behdjet 730
Darf das nach der ersten Salvarsaninjektion auftretende Fieber für die Diagnose Lues verwertet werden? Von C. Gutmann . . . 731
Über das Auftreten von Lichen ruber planus und Lichen-ruber-planus-ähnlichen Exanthemen bei Syphilis und Salvarsankuren. Von Franz Wirz . . . 745
Das Greenbergsche Zysto-Urethroskop. Von Eugen Neuwirth . . . 751
Neosilbersalvarsan und Novasurol in Mischspritze. Von H. Biederstedt . . . 754
Lichen-ruber-planus-Papeln auf kleinen Nävi. Von weil. Marie Kaufmann-Wolf 769
Über einen Fall von Fliegenmaden im Kopfhaar. Von Friedrich Fritz . . . 773
Der Anteil des Quecksilbers an der Wirkung der Linser-Mischung. Von Robert Brandt . . . 775
Die Beseitigung von Teleangiektasien mittels Spitzbrenner in iontophoretischer Anästhesie. Von Franz Wirz . . . 793
Über annuläre Erytheme. Von Ernst Sklarz . . . 796
Kombination von Heilmitteln bei Haut- und Geschlechtskrankheiten. Von Hugo Hecht . . . 801
Über Pellagraausbreitung vom Standpunkte des nordamerikanischen praktischen Arztes. Von C. C. Parrish . . . 817
Zur Statistik der Verheirateten unter den Geschlechtskranken. Von Willy Reichenbächer . . . 821
Die Salvarsan-Cyarsal-Mischspritze in der ambulanten Behandlung. Von Jos. Stangenberg . . . 822
Antitrein Dr. Petersen, ein Antigonorrhoikum. Von Johanna Klein . . . 825
Über die Wirkung des Neosalvarsans bei Lichen. Von Menahem Hodara und Houloussi Behdjet . . . 833
Die ersten Eindrücke über Neosilbersalvarsan nach viermonatiger Verwendung. Von J. Peyri-Rocamora . . . 836
Ein neues aus dem Roherdöl gewonnenes dermatologisches Präparat. Von E. Ahlswede . . . 845

Digitized by Google

Seite

Naphtensäure und Naphtensäureester, eine neue Gruppe von Heilmitteln zur Behandlung der Skabies. Von Walter Joseph 846
Über eine bisher nicht beschriebene Hautkrankheit (Cricoderma). Von Rille . . 861
Über das Abderhaldensche Dialysierverfahren bei Sklerodermie. Von Oskar Kiess 863
Über Mäusefavus beim Menschen. Von Heinz Soltmann 869, 920
Ein Fall von Pediculi vestimentorum und Nissen unterhalb eines Zehennagels. Von Richard Braun 874
Mikroskopische Neuerungen für Dermatologen. II. Fernrohrlupen und Fernrohrmikroskop. Von F. W. Oelze 875
Spirochätenbefunde an syphilisfreien Stellen der Haut. Von Richard Frühwald 878
Syphilis ohne Primäraffekt. Von Felix Weiler 880
Die gefärbte Normomastixreaktion (Kafka) im Liquor cerebrospinalis. Von Tibor Benedek 883, 925, 943
Ein Fall von gleichzeitigem Vorkommen von syphilitischem Primäraffekt an der Unterlippe und an den Augenbrauen. Von Ulrich Greif 895
Über Psoriasis der Mundschleimhaut. Von Philipp Keller 917
Über Ulcus vulvae acutum und Scheidenbazillen. Von Meta Oelze-Rheinboldt 941
Die Behandlung des Karbunkels unter Beziehung auf den Aufsatz von Schütz. Von Friedrich Hammer 949
Wismutinjektionen in der Syphilistherapie mit Bismogenol Tosse. Von H. Deselaers 949
Über Hautreize und deren Verwendung. Von Fr. Hammer 969, 996
Unterempfindlichkeit der Haut gegenüber akutem Ekzem innerhalb eines Naevus teleangiectaticus. Von Ludwig Waelsch 982
Erwiderung auf Delbancos Bemerkungen zu Nourneys Immunitätsbehandlung der Geschlechtskrankheiten. Von Nourney 985
Bemerkung zu dem Aufsatz „Das Greenbergsche Zysto-Urethroskop" von Dr. Eugen Neuwirth. Von F. W. Oelze 987
Beitrag zur Frage der diffusen Hautinfiltrate im sekundären Stadium der Lues. Von Evening 993
Sektionsbefund bei einem klinisch geheilten Leprafall. Von Paul Unna und Alfred Plaut 1013
Beitrag zur einzeitigen Behandlungsmethode der Lues. Von H. Krug 1025
Über die Verwendbarkeit der Siebertschen Leukutane zur Behandlung von Hautkrankheiten. Von C. Bruck 1033
Beitrag zur Cutis capitis gyrata. Von Hugo Hecht 1035
Betrachtungen über einen Fall von Recklinghausenscher Krankheit. Von Houloussi Behdjet 1036
Die Behandlung der Syphilis mit Trepol. Von Emerich Lehner und Ernst Radnai 1041
Über heteroplastische symmetrische Knochenbildung in der Subkutis. Von Eugen Fraenkel 1057
Über luetische Bilirubinämie und ihre Behandlung mit Mischspritzen nach Linser. Von F. W. Kloeppel 1065
Zur Histogenese der Teerkarzinome. Von R. Bierich 1081
Über Goldhydrosole und die Goldsolreaktion im Liquor cerebrospinalis. Von Werner Prosch 1085
Die Wirkung der Drüsenausscheidungen des Phthirus pubis L. auf die menschlichen Blutzellen in bezug auf die Entstehung der Maculae coeruleae. Von Friedrich Grusz 1105
Die Wirkung von Quecksilber-Arsenpräparaten auf einige Tuberkulide. Von Josef Sellei und Ernst Liebner 1108
Ist Guido Baccelli „der Schöpfer" der intravenösen Behandlung der Syphilis gewesen? Von W. Schönfeld 1110
Beiträge zur Klinik und Diagnose der Soorerkrankungen der Haut. Von Arthur Alexander 1125
Über einen Fall von Angiokeratoma naeviforme. Von H. Bockholt 1132
Über das hämolytische Komplement des Blutes. Von B. von Landmann 1134
Ein kasuistischer Beitrag zur Mycosis fungoides. Von Eduard Wellmann . . . 1149
Zur Statistik der Verheirateten unter den Geschlechtskranken. Von Leonhard Voigt 1153

125584

Digitized by Google

Seite

Über entzündliche zystische Schweißporenveränderungen bei scharlachartiger Erkrankung. Von A. M. Schoch 1169
Der chemische Aufbau des Gonokokkus. Von Josef Schumacher 1174
Die Allgemeinexantheme bei Mikrosporie: Mikrosporide. Von L. Arzt . . . 1193, 1220
Purpura haemorrhagica mit Hämaturie und letaler Lungenblutung nach Neosalvarsanbehandlung. Von Fritz Callomon 1197
Zur Kenntnis der lichenoiden Salvarsanexantheme. Von Franz Wirz 1213
Ein Fall von Kalkablagerung in der Haut. Von A. Memmesheimer 1223
Ein Beitrag zur Frage: Lichen ruber planus oder Salvarsanexanthem? Von Willy Marenbach 1233
Intermediärer Stoffwechsel und Hautkrankheiten. Von Erwin Pulay 1236
Marie Kaufmann-Wolf. Von Delbanco 1242
Beitrag zur Kenntnis der multiplen kleinfleckigen Sklerodermie. Von Erwin Pick 1253
Kupfersilikat bei Gonorrhoebehandlung. Derzeitige Erfolge und Grenzen dieser Therapie. Von Otto Nast und Georg Wiese 1256

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft 690, 803, 849
Moskauer Venerologisch-dermatologische Gesellschaft 712, 784
Tagung der Nordwestdeutschen Dermatologen-Vereinigung 1091
87. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte, Hundertjahrfeier in Leipzig. Abteilung Dermatologie und Syphilidologie 1180, 1203
Versammlung Südwestdeutscher Dermatologen 1140
Wiener Dermatologische Gesellschaft 758, 1114, 1157, 1244

Fachzeitschriften.

Acta dermato-venereologica 715
Actas dermo-sifiliográficas 1046
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 901, 1072, 1229
Annales des Maladies Vénériennes 1141, 1211
Archives of Dermatology and Syphilology 1006, 1027, 1073, 1144
Archiv für Dermatologie und Syphilis 691, 713, 855, 1051, 1226
Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie 735, 854, 934, 1096
Česká Dermatologie 785, 987, 1095
Dermatologische Zeitschrift 838, 1048, 1161
Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle 761, 1076, 1120, 1249
Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie 903
Journal d'Urologie 955
Proceedings of the Royal Society of Medicine 784, 851, 1162
Réunion Dermatologique de Strasbourg 826, 853, 952
The British Journal of Dermatology and Syphilis 785, 953, 1094
The Urologic and Cutaneous Review 805, 1029, 1071, 1163, 1251
Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 951
Zeitschrift für Urologie 827, 897, 1097
Zeitschrift für urologische Chirurgie 898, 1097

Personalien: 696, 720, 744, 768, 816, 832, 916, 968, 992, 1012, 1032, 1080, 1104, 1124, 1168, 1192, 1212, 1232, 1260.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

8. Juli 1922 | Nr. 27 | Band 75

Aus der Radiumstation im Allgemeinen Krankenhause in Wien
(Vorstand: Hofrat Prof. Dr. G. Riehl).

Über die Radiumbehandlung der Induratio penis plastica.

Von

Dr. Leo Kumer.

Mit 1 Abbildung im Text.

Trotz der geringfügigen Veränderungen, welche die Induratio penis plastica meist setzt, wird sie von den davon Betroffenen häufig als schweres Leiden empfunden, ja viele Kranke sind dadurch in ihrem psychischen Gleichgewicht gestört und sie verlangen daher vom Arzte dringend energisches Handeln. Dutzende von Mitteln sind zur Beseitigung der Induratio angeführt, ein Beweis dafür, daß keines eine radikale Heilung gewährleistet und man ist vielfach in Verlegenheit, zu welchem man mit einer begründeten Aussicht auf Erfolg greifen soll. Es liegen zwar eine ganze Reihe von Berichten über Heilungen durch alle möglichen therapeutischen Eingriffe vor, man muß aber berücksichtigen, daß, wenn auch in seltenen Fällen, die Induratio sich von selbst zurückbilden kann, andererseits oft nach einer vermeintlichen Beseitigung des Leidens im weiteren Verlaufe wieder eine Rezidive auftritt. Man blieb nicht nur bei einer innerlichen medikamentösen, und äußerlichen lokalen Therapie, sondern trachtete, mittels Injektionen in die erkrankte Partie das Leiden wirksamer zu bekämpfen, ja man schritt in einigen Fällen selbst zur operativen Entfernung des veränderten Gewebes. Diese letzteren beiden Methoden werden teils gelobt, teils liegen recht ungünstige Berichte vor, in denen von Verschlechterung und Rezidive die Rede ist. So entschließen sich erfahrene Ärzte infolge der gemachten schlechten Erfahrungen nur in Ausnahmefällen zu chirurgischem Handeln.

Es war daher naheliegend, zur Behandlung der Induratio die Strahlentherapie heranzuziehen. Posner war der erste, der die Röntgenbestrahlung dieser Erkrankung anregte, während Dreyer die Radiumbehandlung bei einem Patienten durchführte. Galewsky und Weiser berichten bereits über 5 mit Radium geheilte Fälle; da sie diese Art der Therapie infolge der Kriegsverhältnisse nicht weiter durchführen konnten, griffen sie weiterhin zur Röntgenbestrahlung und sie konnten von 12 Patienten 7 als geheilt, 4 als gebessert und nur 1 als ungeheilt entlassen. Berücksichtigt man die Ohnmächtigkeit der übrigen gegen die Induratio angewandten Behandlungsmethoden, so bedeuten diese Zahlen einen nicht zu verachtenden Erfolg. Allerdings wurden die Heilungen Galewskys und Weisers von anderer Seite nicht bestätigt, Callomon und Fritz Meyer, die weitere

Digitized by Google

Bestrahlungen der Induratio mit Röntgen vorgenommen haben, verfügten über keine so offensichtliche Erfolge.

Auch Fabry berichtet ganz kurz über einen mit Radium behandelten Fall, und aus einer Arbeit Bruckmanns ist zu ersehen, daß an derselben Klinik 11 Patienten dieser Therapie unterzogen wurden. Leider stehen nähere Mitteilungen über die angewandte Methode und den Erfolg noch aus.

Ausgezeichnete mit Radium erzielte Erfolge erwähnt Nahmmacher, ohne nähere Angaben zu bringen. Hier und dort dürften noch vereinzelte Fälle dieser Therapie zugeführt worden sein, ohne daß infolge der Seltenheit dieser Erkrankung ein abschließendes Urteil über die Radiumbestrahlung gegeben worden wäre.

Unsere eigenen Erfahrungen erstrecken sich ausschließlich auf die Radiumtherapie, die an 19 Patienten, welche die Radiumstation aufsuchten, zur Anwendung kam. Diese große Anzahl von Kranken, die wir im Verlaufe von $1^1/_2$ Jahren zu Gesicht bekamen, ist verwunderlich, sind doch in der ganzen Weltliteratur nur 200 Fälle von Induration bekannt, wovon, wie Sonntag in der letzten zusammenfassenden Arbeit berichtet, Callomon 13 in 17 Jahren, Etienne 10 in 14 Jahren und Galewsky 20 in 12 Jahren beobachtete. Unter den Wiener Ärzten hat sich die Radiumbehandlung dieser Erkrankung bereits so eingebürgert, daß wohl ein großer Teil aller Patienten dieser Therapie zugeführt wird.

Von den 19 Fällen sind 10 bezüglich Bewertung des Erfolges zur Ausscheidung zu bringen, da bei 4 aus äußeren Gründen die Therapie nicht zu Ende durchgeführt werden konnte, während 5 Patienten sich derzeit noch im Beginne der Behandlung befinden. Ein Mann, über den später berichtet wird, wurde der Operation zugeführt.

Die genaue Untersuchung aller obengenannten Kranken brachte nichts wesentlich Neues, was der Erwähnung wert wäre. Anammnestisch ließ sich bei einigen dieser Patienten wohl eine Gonorrhoe erheben, die aber Jahre zurücklag und vollständig ausgeheilt war, so daß für einen Zusammenhang der Induratio mit der seinerzeitigen gonorrhoischen Erkrankung jedweder Anhaltspunkt fehlte.

Andere Autoren legen der Gicht und dem Diabetes eine ätiologische Bedeutung zu; die Nachforschungen in dieser Richtung bei unseren Patienten zeitigten ein negatives Resultat.

Die Dauer des Leidens bei oben genannten Kranken reichte nicht allzulange zurück, die meisten hatten die ersten Erscheinungen beiläufig vor einem Jahre bemerkt, einige erst vor wenigen Monaten, wieder andere waren seit zwei Jahren von Arzt zu Arzt gewandert, bis sie an die Radiumstation gewiesen wurden.

Dem Grade der Veränderungen nach fanden sich alle Abstufungen, ganz leichte Fälle, bei denen die funktionelle Störung den objektiven Befund überwog und bei denen nur umschriebene mäßige Verhärtungen tastbar waren, schwere, mit bohnengroßen, rundlichen und plattenförmigen, mehrere Zentimeter langen Infiltraten, von denen einige fast Knorpelhärte erreichten. Jedenfalls war bei allen Kranken teils am Dorsum penis, teils in den tieferen Anteilen eine deutliche Resistenz zu fühlen, und die Abnickung des Gliedes bei Erektion, welche die Koitusversuche schmerzhaft oder ganz unmöglich gestaltete, deutlich ausgesprochen.

Digitized by Google

Zwei Fälle waren besonders hervorzuheben:

Beim ersten Fall war von einem gewiegten Urologen die operative Entfernung der Infiltrate vorgenommen worden; gleich im Anschluß an die Operation entwickelten sich Ödeme und neue plattenförmige Verdickungen am Dorsum penis, die sich bei der Betastung als außerordentlich hart erwiesen und von der Glans bis gegen den Mons veneris reichten. Einen Monat nach der Operation wurde der Patient der Radiumbehandlung unterzogen, in relativ kurzer Zeit war er von seinem Leiden vollkommen befreit.

Ein zweiter Fall zeigte die Veränderungen der Induratio in schwerster Form. Es handelte sich um einen 46jähr. Mann, bei dem knapp hinter der Glans am Dorsum penis ein knochenhartes, $1^1/_2$ cm breites, 6 cm langes, der Faszie angehörendes plattenartiges Infiltrat lag, das sich bis gegen den Mons veneris zu erstreckte. Die Haut über diesen Veränderungen war verschieblich und abhebbar, auch gegenüber den Schwellkörpern war eine geringe Beweglichkeit möglich. Der Patient war durch diesen Zustand nicht nur funktionell gestört, sondern klagte auch über spontan auftretende Schmerzen. Recht energisch ausgeführte Bestrahlungsversuche besserten die subjektiven Symptome, ohne eine wesentliche Rückbildung des Infiltrates zu bewirken. Eine vorgenommene Röntgenaufnahme ergab, daß dem Infiltrate in seiner ganzen Länge ein solider Knochen eingelagert war. Daraufhin wurde der Patient der in diesem Falle relativ einfachen Operation zugeführt. 3 Wochen danach wurde er wieder der Radiumstation zugewiesen, auch bei diesem Patienten hatten sich Ödeme und recht ausgedehnte Verhärtungen ausgebildet, die wiederum bestrahlt wurden. Der Mann steht derzeit noch in Behandlung.

Galewsky und Weiser kommen auf Grund der Erfahrungen, die sie bei ihren 10 mit Röntgen behandelten Patienten gewonnen haben, zu der Ansicht, daß die Prognose bezüglich eines günstigen Erfolges der Strahlentherapie auch vom Alter der Kranken mitbestimmt wird. Unter den obengenannten 9 durchbehandelten Fällen verteilt sich das Alter wie folgt: 43—45 Jahre 2, 50—52 Jahre 2, 60—62 Jahre 3, ein Mann war 66 und ein anderer 70 Jahre. Man gewann nicht den Eindruck, daß die Behandlung der letztgenannten Kranken schwieriger gewesen wäre oder länger gedauert hätte als jene der jüngeren Patienten; gerade bei diesen hochbetagten Fällen ließ sich eine vollkommene Heilung erzielen.

Angaben über die Einzelheiten der angewendeten Bestrahlungsmethoden fehlen, was von vielen Ärzten als Mangel empfunden wird. Daher soll im folgenden die an unserer Station übliche Behandlung der Induratio kurz beschrieben werden. Es wird die direkte Kontaktbestrahlung mit plattenförmigen Trägern ausgeführt. Gerade bei der Induratio penis plastica läßt sich mit Vorteil das Kreuzfeuer ausführen in der Art, daß z. B., wenn das Infiltrat in der Tiefe sitzt, man je einen Träger auf das Dorsum und die rechte Seite des Penis anlegt; zur Ausschaltung vielleicht eintretender Kumulation der Strahlen an der Haut und damit sich ergebener ungewünschter Reaktionen, wurden niemals zwei gegenüberliegende Stellen gleichzeitig bestrahlt, sondern so vorgegangen, daß ein Plattenträger am Dorsum des Penis, einer an der rechten Seite angelegt wurde, und nachdem diese Bestrahlung beendet war, sofort im Anschluß daran die linke und die Unterseite des Gliedes mit je einem Träger belegt wurde. Manchmal erwies es sich als zweckmäßig ein Dominicirröhrchen in die Urethra einzuführen, und von dort, also von einer fünften Stelle aus, zu bestrahlen.

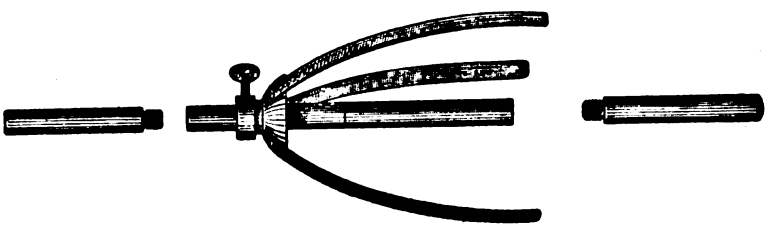
Durch diese Methode erzielt man den größtmöglichen Effekt, d. h. die stärkste Konzentration der Strahlen am Orte der Induratio, ohne daß die Haut geschädigt würde.

Zur Behandlung wurden ausschließlich Plattenträger vier- und rechteckiger Form verwendet, deren Unterfläche durch eine Silberplatte von

Digitized by Google

0,2 mm gebildet wird. Selbstverständlich ist es, daß man zur Bestrahlung so tiefliegender Veränderungen wie sie die Induratio darstellt nur harte Strahlen verwendet, d. h., daß die Träger außerdem mit mindestens 1 mm Messing abgedeckt werden. Zur Ausschaltung der Sekundärstrahlen wird der ganze Träger in Zellstoff und eine zweifache Lage Gaze eingewickelt. Die Befestigung am Penis erfolgt am besten mit Heftpflaster. Zwischen zwei Bestrahlungen wird eine Zwischenzeit von mindestens zwei Wochen gelassen.

Mit den Dosen gingen wir bis an die Reaktionsgrenze heran, d. h., manchesmal stellte sich wohl eine ganz geringe Rötung und oberflächliche Abschuppung ein, eine stärkere Schädigung der Haut in Form von Blasenbildung und Nässen läßt sich immer vermeiden. Berücksichtigen muß man, daß die Haut des Penis empfindlicher ist als jene des übrigen Körpers, daß Dosen, welche z. B. am Rücken noch nicht die geringste Reaktion hervorrufen, am Penis bereits lästige Erscheinungen zeitigen. Die Dosen waren so berechnet, daß auf den Quadratzentimeter Hautfläche maximum 40—50 Milligrammstunden Element verabfolgt wurden. Diese Zahl stellt nämlich für die Penishaut bereits die Reaktionsgrenze dar. Von der Urethra aus wurde mit Dominiciröhrchen bestrahlt, und zwar mit 10—20 Milligrammstunden Element pro Sitzung. Die Träger wurden entweder



mit einem Katheter in die Urethra eingeführt, oder wir benutzten einen nach unseren Angaben von der Firma Odelga angefertigten Apparat, der sich in der Praxis recht gut bewährt hat.

Die Sonde, die in ihrem untersten Anteile zur Aufnahme eines Dominiciröhrchens eingerichtet ist, wird in die Urethra eingeführt; damit immer die richtige Stelle getroffen werden kann, befindet sich eine Zentimetereinteilung an der Seite. Der Kopf des Apparates wird über die Glans penis gestülpt und die seitlich angebrachten Federn mittels Heftpflasterstreifen an der Haut des Penis fixiert. Damit nicht ein zu großer Teil der Sonde aus der Urethra heraussteht, ist sie in Teile zerlegbar, die fallweise auf- und abgeschraubt werden. Der Behälter zur Aufnahme des Dominiciröhrchens in einer Wandstärke von 2 mm Messing dient gleichzeitig als Filter und kann zur Vermeidung von Sekundärstrahlen noch mit einer Hartgummikappe oder mit einem Condom umgeben werden.

Es wäre verfehlt, von der ersten Bestrahlung schon einen genügenden Erfolg zu erwarten, man muß doch immer im Auge haben, die viel empfindlichere und dem Träger näherliegende Haut keiner Schädigung auszusetzen. Die Erweichung der Verhärtungen läßt sich erst verhältnismäßig spät objektiv feststellen, doch merken die Patienten selbst nach

Digitized by Google

jeder Bestrahlung, ob die Dosis genügend und wirksam war. Sie gewinnen dadurch Vertrauen und nehmen eine längere Behandlungsdauer gern in Kauf. Durchschnittlich dürften 6—10 Bestrahlungen nötig sein, um die Induratio gänzlich zu beseitigen. In obigen Fällen wurden 8—18 Behandlungen durchgeführt, allerdings wurde, bis die beste Methode gefunden war, anfänglich mit viel geringeren Dosen gearbeitet. Nach zwei bis drei Sitzungen ließ sich ein Weicherwerden der Infiltrate feststellen und nach 8—12 Bestrahlungen waren selbe meist nicht mehr zu tasten. Viel rascher noch schwanden die Schmerzen und die Patienten waren nicht mehr durch allzu häufige Erektionen belästigt. Aber selbst nach Rückbildung der Infiltrate blieben lange noch leichte Krümmungen des Penis bei Erektion bestehen, die sich durch weitere Bestrahlungen in manchen Fällen wohl noch gänzlich beseitigen ließen, in anderen wiederum jeder Therapie trotzten. Man gewinnt den Eindruck, als ob an Stelle der Infiltrate eine mäßige Schrumpfung des Gewebes zurückbleibt, die dem Patienten wohl keine allzu großen Beschwerden verursacht, insofern als auch die Potentia coeundi dadurch nicht gestört wird. Dieser praktisch als Heilung zu bewertende Erfolg ließ sich in den genannten 9 Fällen 6 mal erzielen. 3 Patienten, bei denen äußerst harte Stränge, aber mit negativem Röntgenbefund, am Dorsum penis zu tasten waren, konnten trotz 18 Bestrahlungen bisher nur gebessert werden.

GALEWSKY und WEISER betonen, daß sich dieselben Effekte in weniger Sitzungen auch mit Röntgenstrahlen erzielen lassen, nichtsdestoweniger dürfte, obwohl wir bezüglich Röntgen über keine eigenen Erfahrungen verfügen, die Radiumtherapie dieser Erkrankung zumindest in gleiche Linie gesetzt werden. Daß die Röntgenbestrahlung der Induratio nicht immer reaktionslos vertragen wird, beweist ein Fall GALEWSKYS und WEISERS, bei dem es zu so lästigen Schwellungen des Präputiums und zu Reizerscheinungen der Harnröhrenschleimhaut kam, daß die weitere Behandlung aufgegeben werden mußte. Solche unerwünschte Nebenerscheinungen lassen sich bei Einhaltung entsprechender Technik bei der Radiumbehandlung unbedingt vermeiden.

Man hat also in der Radiumbestrahlung ein Mittel in der Hand, die Induratio nicht nur günstig zu beeinflussen, sondern in den meisten Fällen zu heilen; da diese Behandlung absolut schmerzlos und unschädlich ist, soll sie jeder internen oder chirurgischen Therapie vorgezogen werden. Nur wenn Kalkablagerungen, Knorpel- oder Knochenbildung vorhanden sind, empfiehlt sich ein chirurgischer Eingriff, doch auch in einem solchen Falle wäre zur Vermeidung von Rezidiven möglichst bald nach der Operation eine Radiumbestrahlung anzuschließen.

Literaturangaben finden sich bei: SONNTAG, Arch. f. kl. Chir., 1921, Bd. 117, S. 612; außerdem: BRÜCKMANN, Derm. W., 1922, S. 204; NAHMACHER, M. m. W., 1922, S. 452.

Digitized by Google

Aus der Hautklinik der Städtischen Krankenanstalten in Essen (Chefarzt: Prof. Bering).

Die Behandlung des Lupus erythematodes mit Neosilbersalvarsan.

Von

Dr. Eduard Hachez.

Ein recht undankbares Gebiet für den Dermatologen ist die Behandlung des Lupus erythematodes. Es gibt keine Methode der Wahl, da die einzelnen Fälle sich ganz verschieden verhalten und bald durch diese, bald durch jene Behandlungsart besser beeinflußt werden. So ist man gezwungen, die verschiedensten Mittel zu versuchen, mit dem peinlichen Bewußtsein, durch geringfügige Reizungen starke Verschlimmerungen zu setzen. Sogar Übergänge in die akute disseminierte Form unter der Behandlung sind bekannt. Deswegen sei eine Methode empfohlen, die bei mehreren Fällen gute Resultate brachte, zumal wir bei dieser Behandlungsart nie stärkere Reizerscheinungen sahen. Bis jetzt haben wir bei vier Fällen Neosilbersalvarsan angewandt. Sie waren sämtlich seit langer Zeit mit verschiedenen Mitteln bei wechselndem Erfolg behandelt worden.

Fall 1. Frau H. I., 43 Jahre.

Anamnese: Patientin leidet seit dem 17. Lebensjahre an Lupus erythematodes. Ist viel behandelt worden, zuletzt hier mit Quarzlampenbestrahlung. Vorübergehender guter Erfolg. Vor 10 Jahren ist Patientin von ihrem Ehemanne mit Syphilis infiziert.

Status praesens 5. 8. 21. Beide Ohren, beide Wangen und die Nase sind erkrankt. Die Herde auf den Wangen sind über fünfmarkstückgroß. Hier und an den Ohren dicke, festanhaftende Borken. WR +.

Verlauf: Wegen der Lues wird die Patientin mit Neosilbersalvarsan behandelt. Nach der dritten Infusion lösen sich die Borken ab, nach der achten ist die Affektion unter Hinterlassung von glatten, wenig eingesunkenen Narben verschwunden. An den Ohren besteht noch eine oberflächliche Schuppung, die auf Salizylvaseline zurückgeht. Nachuntersuchung am 1. 5. 22 ergibt denselben Befund, wie am Schluß der Salvarsankur.

Dieser auffallende Erfolg gab uns Veranlassung, in weiteren Fällen das Neosilbersalvarsan anzuwenden.

Fall 2. Fräulein M. T., 42 Jahre.

Anamnese: Vor Jahren Lungentuberkulose. Hautleiden begann vor etwa einem Jahre mit kleinsten Flecken im Gesicht.

Status praesens 19. 6. 20. Auf der linken Wange blaurote, schuppende, unregelmäßig begrenzte Erythematodesherde. Auch die Nasenspitze ist blaurot verfärbt. Follikel erweitert.

Verlauf: Salbenbehandlung und Röntgenbestrahlung bewirkte anfangs Besserung. Im Winter 1920 trat wieder eine Verschlechterung ein. 1921—1922 mehrere Röntgenbestrahlungen, die den Prozeß an weiterer Ausbreitung hinderten, ihn aber nicht zur Abheilung bringen konnten. Im April 1922 vier Neosilbersalvarsaninjektionen 0,05 bis 0,1 in wöchentlichen Abständen. Die Injektionen verursachten eine starke Allgemeinreaktion des Körpers (Schüttelfrost, Gliederschmerzen); brachten aber vollständige Ausheilung der Affektion mit kaum zu sehender Narbenbildung.

Fall 3. Fräulein T. B., 18 Jahre.

Anamnese: Affektion besteht seit 3 Jahren. Sie ist dauernd von fachärztlicher Seite nach sämtlichen Methoden behandelt worden, ohne jeden, auch nur vorübergehenden Erfolg.

Digitized by Google

Status praesens 5. 1. 22. Auf der Stirn ein kreisrunder pfenniggroßer Herd. Auf der Nase gleichmäßig ausgebreitet, beide Nasenflügel bedeckend, eine weitere kleinhandtellergroße Lokalisation. Eine ähnliche Stelle von etwa gleicher Ausdehnung auf der linken Wange. An den erkrankten Partien ist die Haut tief dunkelrot verfärbt. Schuppen liegen fest auf. Sie sind in die Oberhaut mit Stacheln hineingepreßt, die die Follikel ausfüllen.

Verlauf: Sie erhält acht Neosilbersalvarsaninjektionen von 0,1 steigend bis 0,3. Nach der zweiten Infusion eine deutliche Reaktion. Nach der fünften fallen die Schuppen ab. Nach der achten restlose Ausheilung unter Narbenbildung. Die Narben heben sich bei den rosaroten Wangen des jungen Mädchens gegen die Umgebung deutlich ab.

Fall 4. Frau W. W., 37 Jahre.

Anamnese: Der Lupus erythematodes acutus begann vor 4 Jahren mit einem schweren Ausbruch. Seit der Zeit dauernd in ärztlicher, meist stationärer Behandlung. Sie wurde auf die verschiedenste Weise behandelt, unter anderem auch mit Doramat. Dieses brachte vorübergehend Besserung.

Status praesens 19. 3. 22. Frau im schwerkranken, fiebernden Zustande. Der Lupus erythematodes hat sich im Gesicht, auf dem behaarten Kopf, am Hals und an den Extremitäten lokalisiert, teils größere Partien diffus rötend, teils kleinere linsengroße Papeln mit kleinsten Petichien im Zentrum bildend. An den Fußsohlen und im Gesicht Blasenbildung. Die Haare sind größtenteils ausgefallen. Auch die Mundschleimhaut ist ergriffen.

Verlauf: Die ersten Neosilbersalvarsaninjektionen (0,1) bringen keine Besserung. Vielmehr treten am Stamm unscharf begrenzte, blaßrote Flecke von verschiedener Größe auf, die sich intensiver röten und teilweise Blasen bilden. Am 31. 3. 22 Abort. Die 3—4 Monate alte Frucht wird in toto ausgestoßen. Fieber bis 39,3°. Nach Abstieg der Temperatur erhält sie noch sieben Neosilbersalvarsaninjektionen je 0,1 oder 0,15. Es tritt unter dieser Behandlung Besserung des Allgemeinbefindens und Abheilung der Hautaffektion ein. Am 21. 4. 22 wird sie entlassen. Der Erythematodes ist unter Hinterlassung von Pigmentierungen ausgeheilt. Das ganze Gesicht ist durch diese Pigmentierungen zum Teil diffus braun, zum Teil fleckig verfärbt. Ebenso zahlreich größere und kleinere Pigmentierungen am Stamm. Fußsohlen sind noch etwas gerötet. Am behaarten Kopf, an den Ohren und an den Händen sind auch atrophische Stellen bemerkbar. Kein Fieber. Guter Appetit. Patientin gibt an, sie hätte sich nach ihrer Erkrankung noch nie so gut gefühlt.

Besonderes Interesse verdient dieser, unter schwersten Erscheinungen verlaufende Erythematodes acutus: Im Gegensatz zu der Ansicht Töröks beobachteten wir bei ihm Narbenbildung, wenn auch die meisten Herde ohne Hinterlassung von Narben oder unter Pigmentierungen verschwanden. Beachtenswert ist auch der Einfluß der Gravidität auf das Leiden: Exazerbieren der Hautaffektion intra graviditatem. Auffallende Besserung nach Unterbrechung derselben. Diese Beobachtung legt den Gedanken nahe, daß ein gewisser kausaler Zusammenhang plazentarer Hormonwirkung mit dem Verlauf des akuten Erythematodes bestehen kann.

Obige Behandlungsresultate teilen wir mit, ohne uns ein klares Bild machen zu können, wie die Einwirkung des Medikamentes im einzelnen zur Geltung kommt. Folgende theoretischen Erwägungen waren bei unseren Überlegungen richtunggebend: Vereinzelt war über therapeutische Erfolge mit Salvarsan schon früher berichtet worden. Zudem ist ein günstiger Einfluß durch Edelmetalle beim Lupus vulgaris und auch beim Lupus erythematodes unbestreitbar. Ich habe während meiner Zeit an der Kieler Universitätshautklinik, wo das Chrysolgan ausgedehnte Anwendung fand, recht schöne Ergebnisse mit diesem, leider zu teuer gewordenen Medikament gesehen. Als nun Kolle das Neosilbersalvarsan herausbrachte, das einen großen Silbergehalt aufweist, aber im Gegensatz zum Silbersalvarsan nicht so leicht zu Nebenerscheinungen führte,

Digitized by Google

war für uns die praktische Möglichkeit einer systematischen Anwendung des Edelmetalls Silber und des Arsenderivats in einem Medikament, selbst bei einer so reizbaren Hauterkrankung, wie es der Lupus erythematodes ist, gegeben.

Praktisch möchten wir empfehlen, die Neosilbersalvarsanbehandlung bei vorsichtig steigender Dosierung in allen Fällen von Lupus erythematodes zu versuchen. Sollte die Methode versagen, so ist nicht viel Zeit verloren und keine Schädigung gesetzt worden. Dann kommen die anderen zahlreichen therapeutischen Maßnahmen in Frage.

Der Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Von

Senatspräsident a. D. Robert Schmölder in Kassel.

In Deutschland hat ein Arzt noch im Jahre 1857 erklärt: „Jedem seine wohlerworbene und wohlverdiente Krankheit". In Genf hat ein Professor noch im Jahre 1873 sich dahin ausgelassen: „Il faut abandonner le vice à lui même, lui laisser toutes ses conséquences et sa pleine responsabilité".

Inzwischen hat unser medizinisches Wissen wesentliche Fortschritte gemacht. Wir kennen heute die verheerenden Wirkungen der Geschlechtskrankheiten auf alle Teile des menschlichen Organismus. Wir kennen heute auch das weite Gebiet der „Syphilis insontium", der Syphilis, die nicht im außerehelichen Geschlechtsverkehr erworben wird, sondern in der Ehe durch Übertragung von dem einen, sich für geheilt haltenden, Ehegatten auf den anderen, und von den Eltern auf die Kinder, ferner durch den Kuß, durch die Benutzung gemeinschaftlicher Trink-, Wasch- und Arbeitsgeräte, durch den Verkehr zwischen Amme und Säugling, bei der Ausübung des Berufs als Arzt und Hebamme und durch allerhand Zufälligkeiten. Auf der Conférence internationale pour la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes vom Jahre 1899 in Brüssel erzählte der Pariser Arzt Barthélemy folgenden Fall aus seiner Praxis: „Ein 6jähr. Mädchen spielt in den Champs Elysées. Sie fällt und schindet sich ein Kniechen. Die Bonne eilt herbei, netzt ihr Taschentuch mit ihrem Speichel und reinigt so die Wunde. Mit 18 Jahren war das spielende Kind eine Veteranin der Syphilis."

Der Erfolg dieser Kenntnis ist: Heute wagt sich jenes häßliche Pharisäertum nirgends mehr an die Öffentlichkeit. Heute stehen alle Stände und beide Geschlechter geschlossen zum Kampf, wie gegen den Alkoholismus und die Tuberkulose, so auch gegen diesen dritten Feind des Menschengeschlechts. Heute liegt dem Reichstag vor der Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Der Entwurf berücksichtigt an erster Stelle einen weiteren Fortschritt unseres medizinischen Wissens. Wir kennen heute die Erreger dieser Krankheit und damit die außerordentlich hohe Bedeutung einer Frühbehandlung, und zwar einer Frühbehandlung durch einen sachkundigen Arzt. Deshalb bricht der Entwurf mit der Freigabe der Heilkunde. Er verbietet die Behandlung der Geschlechtskrankheiten durch nicht approbierte Ärzte, sowie die Fernbehandlung. Dies Verbot wird manchen Gegner auf den Plan rufen. Aber es erfreut sich der Zustimmung der Krankenkassen, die sehr wohl wissen, welche Erleichterung ihnen aus ihm erwachsen muß.

Der Entwurf bringt sodann allgemeine Verhaltungsmaßregeln für alle Geschlechtskranken, mögen sie ihre Erkrankung auf dem einen oder anderen Wege erworben haben, sowie Verhaltungsmaßregeln für die, Geschlechtskranke behandelnden, Ärzte. Auf sie soll an dieser Stelle des näheren nicht eingegangen werden.

Es folgen Bestimmungen über die Prostitution, die, mag das Gebiet der „Syphilis insontium" noch so groß sein, doch immer den Hauptknotenpunkt für die Weitertragung der Geschlechtskrankheiten bildet und bilden wird. Hier beginnt der Entwurf wieder mit einem Bruch. Er bricht mit der Reglementierung der gewerbsmäßigen Unzucht,

Digitized by Google

die bisher allen sich gegen sie erhebenden Bedenken und Schwierigkeiten Widerstand geleistet hat, für die heute auch wieder der Reichsrat bei der Beratung des Entwurfs eingetreten ist. Diese Reglementierung greift zurück auf das Rechtsinstitut der Sklaverei. Die Sklaven hatten nicht nur die Aufgabe, den Bürger mit ihrer Arbeit zu einer höheren Kulturstufe zu verhelfen, sie mußten auch den Bürgern mit ihrem Körper als Ablenkungsobjekt für ihre geschlechtlichen Begierden dienen. Für sie galt der Satz: „Non turpe est, quod dominus jubet". Mit der Sklaverei hat sich dann auch der Ablenkungsgedanke erhalten. Man bedenke: die Sklaverei ist in den Vereinigten Staaten erst im Jahre 1863 abgeschafft. Überall hat eine Abart der Sklaverei, die Leibeigenschaft, bis in die neuere Zeit fortgelebt. So hatten wir demnach im Mittelalter aus den untersten Schichten die Zunft der „gemeinen Frauen" oder „Freytöchter". So sprechen preußische Ministerialerlasse aus den Jahren 1843 und 1853 von einer „privilegierten" oder „konzessionierten Lohnhurerei". In einer Hamburger Polizeiverordnung vom Jahre 1866 findet sich der Satz: „Wird die monatliche Abgabe nicht bezahlt und ist sie nicht beizutreiben, so wird dem Mädchen die Konzession wieder entzogen". Die Zünftigen, die Privilegierten oder Konzessionierten für den Ablenkungsdienst geeignet zu machen, ist nun die Aufgabe der Reglementierung. Sie unterwirft diese zu diesem Behufe an erster Stelle den regelmäßig wiederkehrenden körperlichen Untersuchungen. Das deutsche Recht hat gegen alle anderen Prostituierten die Strafbestimmung wegen gewerbsmäßiger Unzucht.

Im Laufe der Jahrhunderte haben sich dann aber die Grundsätze der christlichen Lehre: „Jeder Mensch ist ein besonderer Gedanke Gottes", „Der Körper jedes Menschen ist ein geheiligtes Gefäß" durchgerungen, und nun werden im öffentlichen Leben überall die Zünftigen, die Privilegierten und Konzessionierten, die man im Mittelalter zu allen Festen, zu Hochzeiten, zum Empfang von Fürsten und vom Kaiser hinzuzog, mit Entrüstung zurückgewiesen, denkt man dagegen milde gegenüber denen, die zwar geschlechtlich entgleist, der Prostitution aber noch nicht vollständig verfallen sind. Der Erfolg davon wieder war ein Umschwung auch im Empfinden der Prostituierten. Diese wollen, in der großen Mehrzahl, nicht mehr zünftig sein. Sie weisen, ungeachtet der damit verbundenen Straffreiheit, das Privilegium, die Konzession zurück. Damit wäre in Deutschland die Reglementierung in sich zusammengebrochen, wenn die Behörde sie nicht durch eine willkürliche Entlehnung aus dem französischen Recht am Leben erhalten hätte. In Frankreich spricht man von keinem Privilegium, von keiner Konzession. In Frankreich gibt es auch keine Strafbestimmung gegen die gewerbsmäßige Unzucht. Dagegen hat man dort alle Frauen, die der gewerbsmäßigen Unzucht verdächtig sind, dem diskretionären Ermessen der Polizei unterworfen, und die Polizei schreibt nun diejenigen, die sie für verdächtig hält und die sie wegen des Verdachts zu reglementieren und zu den regelmäßig wiederkehrenden Untersuchungen heranzuziehen für gut befindet, zwangsweise in die Dirnenliste ein, d. h. sie nimmt Zwangsaushebungen für den Ablenkungsdienst vor. Diese polizeilichen Maßnahmen haben eine Parallele nur bei unsern östlichen Nachbarn gehabt, in der Verschickung nach Sibirien auf administrativem Wege. Sie sind aber einschneidender als diese. Dr. Jeannel, der Chefarzt des Dispensaire in Bordeaux, schreibt: „L'inscription a pour conséquence de retrancher la femme de la société des honnêtes gens". Diese Zwangsaushebungen, eine Schmach für das ganze weibliche Geschlecht, hat man aus Frankreich übernommen. Seitdem haben auch wir eine der berechtigsten Bewegungen, die Bewegung der Abolitionisten.

Dann aber haben sich neue Schwierigkeiten ergeben. In Deutschland hat man an dem Gedanken festgehalten, es müsse gelingen, zur Reglementierung die große Masse der Prostituierten zusammenzufassen und den Rest mit der Strafbestimmung wirksam zu bekämpfen. Nun sind aber die großen Städte zu Wasserköpfen angewachsen. Gleichzeitig ist die Frau selbständig in das Erwerbsleben eingetreten, und haben sich die Familienbande gelockert. Das Alles hat der Prostitution nach Umfang und Inhalt einen anderen Charakter gegeben. Die Prostitution ist riesengroß, dabei aber fluktuierend geworden, d. h. heute geraten zahlreiche Frauen auf Abwege, reißen sich aus dem Sumpf aber wieder heraus. Dies letztere führt zu einer Mehrung der polizeilichen Mißgriffe, die Jeannel als „véritable crime" bezeichnet. Von der riesengroßen Prostitution kann aber der Reglementierung auch mit der Hilfe des Zwangs nur ein verschwindend kleiner Teil zugeführt werden. In der Begründung des Entwurfs ist gesagt: „In Berlin soll es z. B. etwa zehnmal soviel heimliche als eingeschriebene Dirnen geben".

Diese Schwierigkeiten hat man mißachtet. Man hat sich über sie auch bei uns mit dem, in Frankreich aufgestellten, Satz hinweggetröstet: „les filles soumises ne peuvent

Digitized by Google

se livrer à la prostitution, que si elles sont saines, tandis que les filles clandestines mettent journellement la santé publique en péril". Man hat gesagt: Wir nützen der Allgemeinheit, indem wir wenigstens einen Teil der Prostituierten für den Ablenkungsdienst geeignet machen. Aber auch diese Sätze enthalten eine grobe Täuschung: An Gonorrhoe leiden beinahe alle Puellae publicae, mögen sie reglementiert sein oder nicht. Es kommt bei ihnen nur darauf an, ob sie Gonokokken zur Zeit auch ausscheiden. Um darüber Gewißheit zu verschaffen, sind tagtägliche Untersuchungen mit anschließenden mikroskopischen und bakteriologischen Arbeiten erforderlich. Da diese ein Ding der Unmöglichkeit sind, haben Vertreter der Reglementierung vorgeschlagen, bei den regelmäßig wiederkehrenden Untersuchungen die Frage nach Gonorrhoe ausscheiden zu lassen. Die Syphilis erwerben desgleichen alle Reglementierten und Nichtreglementierten beinahe ausnahmslos in kürzerer oder längerer Zeit. Bei dieser Krankheit folgt dann auf die Heilung des Primäraffektes eine Krankheitsperiode, in der andauernd Rezidive auftreten, die zur Krankheitsübertragung besonders geeignet sind. Alle gewissenhafte Ärzte verbieten ihren Patienten während dieser Krankheitsperiode die Ehe und wollen die Prostituierten in ein Rekonvaleszentenheim einsperren. Selbstverständlich ist auch dies Einsperren ein Ding der Unmöglichkeit. Dazu kommt dann noch das Eine: Die Reglementierten verstehen es, sich auf die regelmäßig wiederkehrenden Untersuchungen vorzubereiten. Ein französischer Arzt schreibt: „Quand il s'agit au moment de la visite, de dissimuler une petite érosion, un petite ulcération, voire même un chancre: une couche de carmin, un petit morceau de bandruche habilement placé et coloré suffisent quelquefois pour masquer leur présence et tromper le médicin". Helfen aber diese Verdeckungskünste nicht mehr, so bleibt den Reglementierten in den großen Städten noch ein weiteres Mittel. Sie treten über zur „groupe des irregulières", wie in Frankreich der polizeitechnische Ausdruck lautet, d. h. sie erscheinen nicht mehr zu den regelmäßig wiederkehrenden Untersuchungen und setzen ihr Gewerbe im geheimen fort. Also die Reglementierten verbreiten die Geschlechtskrankheiten ebenso wie die Nichtreglementierten. Der Satz: „les filles soumises ne peuvent se livrer à la prostitution, que si elles sont saines" dient zur Irreführung der unerfahrenen jungen Leute.

Eine letzte Schwierigkeit ergab sich aus der Stellung der Regierungen zu den Minderjährigen. Den Sätzen der christlichen Lehre: „Jeder Mensch ist ein besonderer Gedanke Gottes", „Der Körper jedes Menschen ist ein geheiligtes Gefäß" haben sich auch die Regierungen in neuerer Zeit insoweit beugen müssen, als sie anordneten: Minderjährige sind zum Ablenkungsdienst nicht mehr auszuheben oder zuzulassen. Nachdem diese Anordnungen erlassen waren, hat sich aber herausgestellt, daß gerade die Minderjährigen diejenigen sind, bei denen die Reglementierung und die regelmäßig wiederkehrenden Untersuchungen, wenn sie überhaupt einen Sinn hätten, am angebrachtesten wären. Die minderjährigen Prostituierten führen, sei es aus Verlangen nach Vergnügen oder aus Bedürfnis nach Betäubung, das zügelloseste Leben. Die Gonorrhoe ist infolgedessen bei ihnen fast immer flagrant. Auch befinden sie sich überwiegend in der besonders gefährlichen Periode der Syphilis. Die Folge ihres Ausscheidens aus der Reglementierung war: „von dem Strom der Geschlechtskrankheiten, der ungehindert aus der Quelle der Prostitution fließt, wird mit den regelmäßig wiederkehrenden Untersuchungen nur etwas Weniges, etwas ganz Unerhebliches abgeschöpft" (Worte eines deutschen Arztes). Jetzt kommt nun endlich die Reichsregierung in der Begründung dieses Entwurfs zu dem Ergebnis: Die Reglementierung „hat sich als unzureichend erwiesen". Gleichzeitig ertönen aber die Stimmen, die gerade aus dem negativen Ergebnis der heutigen regelmäßig wiederkehrenden Untersuchungen den Beweis für den Satz entnehmen: „les filles soumises ne peuvent se livrer à la prostitution, que si elles sont saines". Und der Reichsrat hat sich — wie bereits hervorgehoben ist — bei der Beratung des Entwurfs für die Beibehaltung der Reglementierung ausgesprochen. Deshalb, in Ergänzung der Begründung des Entwurfs, diese weitergehenden Ausführungen.

Der Entwurf geht sodann mit dem Aufräumen des „vom Geschlecht zum Geschlechte" Übernommenen einen Schritt weiter. Er bricht auch mit der Strafbestimmung gegen die gewerbsmäßige Unzucht, die dem deutschen Recht eigentümlich ist. Man tritt heute dieser Strafbestimmung mit dem Satz entgegen: Moralisch stehen Prostituierte nicht tiefer als die mit ihnen verkehrenden Männer. Rechtlich bedeutet das Treiben beider nur eine Selbstverletzung, die die Allgemeinheit in derselben Weise unberührt läßt.

Dieser Satz steht im Widerspruch mit dem physiologischen Unterschied der Geschlechter. Für den Mann hört das Geschlechtsleben mit der Beiwohnung auf. Für die Frau reihen sich noch an die Empfängnis, die Schwangerschaft, die Geburt, das

Digitized by Google

Säugegeschäft. Für die Frau vereinigen sich alle diese Akte zu dem erhabenen Begriff: Mutterschaft. Also die Aufgabe, die hier die Natur der Frau stellt, ist die ungleich größere, und eine ungleich größere Aufgabe bedeutet ungleich größere Pflichten. Aber auch bei der Beiwohnung differenziert die Natur. Der Mann bedarf zu ihr einer gewissen Begeisterung, einer „Wollustwelle", wie sich Mantegazza ausdrückt. Die Frau kann bei ihr ohne Empfinden, sie kann eine „fille de marbre" sein. Deshalb ist die Frau, im Gegensatz zum Mann, bei der Ausübung der Beiwohnung unbeschränkt. Die sich prostituierende Frau mißbraucht nun diese Unbeschränktheit. Sie nutzt sie aus zu einem gemeinen Gewerbe. Dies gemeine Gewerbe ergreift nach und nach ihr ganzes Tun und Handeln, vergiftet ihr ganzes Denken und Trachten. So wird sie zu einer antisozialen Person. Der Mann, der mit Prostituierten verkehrt, behält dagegen seinen reinen Beruf, seine ganze bisherige Lebensführung. Er steigt nur gelegentlich zum Schmutz der Prostituierten herab. Jede Mutter beklagt eine Tochter mehr, die Prostituierte geworden ist, als einen Sohn, der mit Prostituierten verkehrt.

Das sind auch die Gründe, die das deutsche Recht veranlaßt hat, auf dem Gebiet des Geschlechtslebens den sich, gegen den Mann richtenden, Sonderbestimmungen wegen Verführung, Anwendung von Gewalt und Drohung und Mißbrauch des Autoritätsverhältnisses die Sonderbestimmung gegen die Frau wegen gewerbsmäßiger Unzucht zur Seite zu stellen. Diese Sonderbestimmung ist beschränkt durch die Reglementierung. Beim Fortfall der Reglementierung meldet sich die Frage: Soll sie mit einer neuen Beschränkung bestehen bleiben oder gleichfalls fortfallen?

Bei der Prüfung dieser Frage drängen sich nach dem Vorstehenden zwei Gesichtspunkte auf: 1. Frauen sind, im Gegensatz zu den Männern, in der Ausübung der Beiwohnung unbeschränkt, und die Prostituierten nutzen diese Unbeschränktheit aus. Deshalb fügen solche Prostituierte, die ihr Gewerbe nach einer geschlechtlichen Erkrankung fortsetzen, der Allgemeinheit einen Schaden zu, der ungleich größer ist als der, den geschlechtskranke Männer anzustiften vermögen, 2. die Geschlechtskrankheiten sind die Berufskrankheiten der Prostituierten, und die Allgemeinheit kann verlangen, daß den Berufskrankheiten eine ganz besondere Beachtung geschenkt wird, wenn ihr aus diesen große Nachteile erwachsen. An der Hand beider Gesichtspunkte gelangt man zu dem Schluß: Die Strafbestimmung ist beizubehalten gegen alle Prostituierten, die es unterlassen haben, sich nach einer ansteckenden geschlechtlichen Erkrankung alsbald in ärztliche Behandlung zu begeben und alle Anordnungen des Arztes zu befolgen. Bei jeder geschlechtskrank angetroffenen Prostituierten ist außerdem die Kenntnis von ihrer Krankheit anzunehmen, sofern sie nicht ihrerseits aus den Besonderheiten des Falls den Beweis ihrer Nichtkenntnis führt. Die Sonderbestimmung gegen die Frau muß demnach in folgender Fassung beibehalten werden:

„Bestraft werden Frauen, die gewerbsmäßige Unzucht treiben und mit einer ansteckenden Geschlechtskrankheit angetroffen werden, wenn sie nicht den Nachweis erbringen, daß sie sich alsbald nach ihrer Erkrankung in ärztliche Behandlung begeben, auch alle Anweisungen des Arztes befolgt haben, oder daß ihnen ihre Erkrankung wegen der Besonderheit des Falles unbekannt geblieben ist."

Die allgemeinen Bestimmungen des Entwurfs bieten für diese Bestimmung keinen Ersatz. In § 2 des Entwurfs werden alle Geschlechtskranken verpflichtet, sich von einem approbierten Arzt behandeln zu lassen. Aber dieser Paragraph enthält keine Strafandrohung. Der § 4 des Entwurfs enthält eine Strafandrohung. Aber er fordert den Beweis, daß auch nach erlangter Kenntnis von der Erkrankung eine Beiwohnung stattgefunden hat, und dieser Beweis ist in vielen Fällen nicht zu führen. Dieses Beweises bedarf es aber nicht bei geschlechtskrank angetroffenen Frauen, gegen die der Richter den Unzuchtsbetrieb festgestellt hat und die ihrerseits den obigen Entlastungsbeweis nicht führen können.

Des weiteren leidet das geltende Recht an einer bösen Folgewidrigkeit. Ein Teil der Prostituierten ist straffrei, sogar privilegiert oder konzessioniert. Das Vermieten an sie steht aber unter Strafe. Nach § 180 des Strafgesetzbuchs wird nämlich bestraft, wer der Unzucht aus Eigennutz und durch Verschaffung von Gelegenheit Vorschub leistet, und die Rechtsprechung nimmt eine solche Vorschubleistung bei jedem Vermieten an Prostituierte an. Das Ergebnis ist: die Strafandrohung wird nicht beachtet, und die Autorität des Gesetzes erfährt eine Einbuße. Die Vermieter aber lassen sich dafür, daß sie sich strafbar machen, von der Prostituierten einen erhöhten Mietzins zahlen, und die Polizeibehörde ist, weil sie von keiner strafbaren Handlung Kenntnis nehmen darf, ohne Strafanzeige zu erstatten, behindert, in die Beziehungen der Vermieter zu den Prostituierten überwachend, reglementierend einzugreifen.

Digitized by Google

Diese Folgewidrigkeit wird noch drückender, wenn nach den Vorschlägen des Entwurfs die bisherige Reglementierung und die Strafbestimmung in Fortfall kommt. Alsdann steigt die Zahl derer, die das Gewerbe straffrei ausüben, der hierzu erforderlichen Wohnung sich aber nicht bedienen dürfen. Alsdann meldet sich auch gebieterisch das Bedürfnis nach der, heute noch nicht möglichen, neuen Reglementierung. Dann erkennt man auch, wie bedenkenfrei die neue Reglementierung ist, und welchen Nutzen sie gewähren kann. Man bedenke: die Vermieter treiben ihr Gewerbe nicht, wie die Prostituierten, mit ihrem Körper, sondern mit einer Wohnung. Bei dieser Wohnung würde also die neue Reglementierung allein einzusetzen haben. Sie würde niemanden aus der ehrbaren Gesellschaft ausschließen, niemanden in irgend einer Weise an das Laster fesseln. Man bedenke weiter, alle Prostituierte bedürfen zu ihrem Gewerbe einer Wohnung, und eine Wohnung kann, auch im Getriebe der Großstadt, für die Behörde nicht, wie Prostituierte, wieder untertauchen. Deshalb könnte die Behörde mit der neuen Reglementierung, mittelbar durch den Vermieter, einen durchschlagenden Einfluß auf die gesamte Prostitution gewinnen. Welcher Vorteil wäre im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten nun zu erzielen, wenn den Vermietern die Auflage gemacht würde, in jedem, zum Unzuchtsbetrieb bestimmten Raum Wasserspülungen anzubringen, Warnungs- und Belehrungstafeln aufzuhängen und Automaten mit prophylaktischen Mitteln aufzustellen! Durch solche Auflagen an die Vermieter würden nicht nur zahlreiche Krankheitsübertragungen von Prostituierten auf die mit ihnen verkehrenden Männer verhindert, würden auch die Prostituierten selbst dazu geführt, auf die Erhaltung ihrer Gesundheit bedacht zu sein. Was die prophylaktischen Mittel betrifft, so bedeutet ihre Herstellung einen weiteren Fortschritt der Wissenschaft. Gegen den Hinweis auf sie hat man aber vielfach und nicht mit Unrecht das Bedenken geltend gemacht, er enthalte einen Anreiz zum Aufsuchen von Prostituierten. Dies Bedenken fällt fort, wenn der Hinweis erst in der Wohnung der Prostituierten erfolgt.

Hier befindet sich nun der Entwurf auf dem Wege zu einer richtigen Lösung. Er bringt zu § 180 des Strafgesetzbuchs einen zweiten Absatz in Vorschlag, der das Vermieten von Wohnungen an Prostituierte für straffrei erklärt, wenn bestimmte Bedingungen erfüllt sind. Bei der Aufstellung dieser Bedingungen im Entwurf hat sich dann aber etwas geradezu Unglaubliches zugetragen: „Der Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten" nimmt in die Bedingungen keine einzige hygienische Auflage auf, d. h. er verzichtet auf alles das, was ihm zunächst liegt, was ihn eigentlich allein interessieren sollte. Er fordert nur, daß an keine Prostituierte unter 18 Jahren vermietet wird, und daß mit dem Vermieten keine Ausbeutung, auch kein Anwerben oder Anhalten zur Unzucht verbunden ist. Dabei zwingen diese Forderungen bereits zu einer neuen Reglementierung mit einem andauernden, tiefen Eindringen in alle Beziehungen der Vermieter zu den Prostituierten. Bei diesem Eindringen könnten alle möglichen hygienischen Auflagen spielend nebenher überwacht werden.

Auf der anderen Seite beschränkt die „Begründung" die Straffreiheit wieder auf die Fälle, in denen die vermietete Wohnung gleichzeitig als Betriebsstelle und als sonstiger Aufenthaltsraum der Prostituierten dient. Der Grund für diese Beschränkung ist nicht angegeben. Dabei springen gerade die Vorteile einer Trennung der Betriebsstelle von dem sonstigen Aufenthaltsraum in die Augen: die Reglementierung wird erleichtert. Der Unzuchtsbetrieb wird aus den Häusern der ärmeren, kinderreichen Familien ferngehalten. Den Prostituierten verbleibt ein reines Lebenszentrum, von dem aus sie wieder aufwärts steigen können, wenn sie der Ekel ergreift. Der Entwurf deckt sich hier übrigens gar nicht mit der Begründung. Er bringt für den zweiten Absatz des § 180 folgende Fassung in Vorschlag:

„Das Gewähren von Wohnung an Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, wird auf Grund des Absatz 1 nur dann bestraft, wenn damit ein Ausbeuten der Person, der die Wohnung gewährt ist, oder ein Anwerben oder Anhalten dieser Person zur Unzucht verbunden ist."

Diese Fassung hat auch auf ethischem Gebiet Lücken. Sie schließt von der Straffreiheit z. B. die Fälle nicht aus, in denen die zum Unzuchtsbetrieb gewährte Wohnung neben einer Kirche, gegenüber einer Mädchenschule liegt. Will man an der gewählten Fassung festhalten, so muß man ihr die Worte beifügen: „und wenn gegen eine der Anordnungen verstoßen ist, die die Behörde aus ethischen oder hygienischen Gründen getroffen hat".

Digitized by Google

Suprarenin.

Kritisches Referat

von

P. G. Unna.

Von Jahr zu Jahr macht sich bei den Dermatologen das Bedürfnis stärker geltend, die wohlausgebaute äußere Therapie durch die in der inneren Medizin und bei den Chirurgen bereits in voller Blüte stehende Organotherapie zu ergänzen. Diesem Bedürfnis kommt das Lehrbuch von Wagner v. Jauregg und G. Bayer[1]) in vollem Maße entgegen, indem es die theoretische Begründung der neuen Lehren über innere Sekretion ebenso sorgfältig behandelt wie die bisher erzielten Erfolge in der ärztlichen Praxis. Bei der großen Verschiedenheit der in Betracht kommenden Organe sind alle einzelnen Kapitel von verschiedenen Mitarbeitern spezialistisch behandelt, zum großen Vorteil des ganzen Werkes. Zwei Kapitel allgemeiner Art bilden die Einleitung, die von Höfler-Tölz bearbeitete Geschichte der Organotherapie, die von ebenso großem historischen wie völkerpsychologischen Interesse ist, und eine ganz vorzügliche Darstellung der morphologischen Grundlagen der Organotherapie von A. Kohn-Prag. Wie überall, ruht auch in diesem Zweige der Medizin all unsere Therapie letzten Endes auf der Kenntnis und dem Verständnis der feineren Histologie des betreffenden Gewebes und es ist daher jedem Leser zu raten, vor der Physiologie und Pharmakologie des bezüglichen Organs dessen Anatomie in dem Kapitel von Kohn zu Rate zu ziehen, in dem er alles Wissenswerte kurz zusammengestellt finden wird. Zur Anatomie der Nebenniere möchte der Ref. sich den nicht unwichtigen Zusatz erlauben, daß dieselbe in ihrer größten Breite durchsetzt ist von langen Zügen glatter Muskeln, die offenbar bei ihrer Kontraktion das gesamte Sekret der Nebennierenrinde dem Marke direkt zuführen.

Was nun die Physiologie und Pharmakologie der einzelnen Organe betrifft, so haben die beiden Herausgeber die wichtigsten und umfangreichsten Kapitel übernommen, Wagner v. Jauregg die Schilddrüse, Bayer die Nebenniere und das chromaffine System überhaupt sowie die Organe, welche die innere Sekretion nur im Nebenberuf treiben (Leber, Niere, Milz, Knochenmark, Lymphdrüsen, Gehirn, Blut, Augen, Muskeln, Lunge). Die Bearbeiter der kleineren Kapitel sind Basch (Thymus), Borchardt (Hypophyse), Ehrmann (Pankreas), Foges (Keimdrüsen), Pineles (Epithelkörperchen).

Mit vorläufiger Beiseitelassung der weniger wichtigen Organe möge es dem Ref. gestattet sein, nur aus dem für die Dermatologie bereits außerordentlich wichtigen Kapitel der Nebenniere diejenigen Punkte herauszugreifen, welche für die Behandlung der Haut- und Harnkrankheiten von wesentlicher Bedeutung sind und keinem Praktiker fremd sein dürfen. Allein dieses Kapitel umfaßt 100 Druckseiten, und wenn von diesen nur eine den Hautkrankheiten gewidmet ist, so geht daraus nur hervor, daß wir bisher erst am Anfange der äußerst aussichtsreichen Behandlung der Dermatosen mit Suprarenin stehen.

Das Haupthindernis, welches dieses Mittel bisher zu einer ausgedehnten Anwendung nicht kommen ließ, war die weitverbreitete, aber vorgefasste Meinung, daß es nur wie im Tierexperiment auf dem Wege der intravenösen oder subkutanen Injektion zu richtiger Wirkung gelangen könne, da „nach Verfütterung selbst kolossaler Adrenalinmengen keine Blutsteigerung eintritt. Worauf der Mangel einer blutgefäßkontrahierenden Wirkung bei stomachaler Applikation beruht, ist unbekannt". So Bayer S. 294. Dabei zitiert derselbe Autor aber glücklicherweise an anderer Stelle: Soltan Fenwick, Lange, Cosma und Schlesinger, die von stomachaler Verabreichung des Suprarenins bei Magenblutungen sehr gute und Graeser und Schlesinger, die bei typhösen Darmgeschwüren überraschende Erfolge durch perorale Gaben gesehen haben; ebenso bei Darmblutungen im Verlauf von Typhus, Gelbfieber, bei Blutern (S. 354 ff). Anerkannt ist bei solchen Magen- und Darmblutungen auch die Suprareninwirkung per clysma, so bei Melaena neonatorum „mit lebensrettendem Erfolge". In gefahrvollen Zuständen

[1]) Wagner v. Jauregg und Gustav Bayer, Lehrbuch der Organotherapie mit Berücksichtigung iher anatomischen und physiologischen Grundlagen. Georg Thieme, Leipzig 1914.

Digitized by Google

haben mithin die Praktiker sich nicht abhalten lassen, Suprarenin innerlich zu geben und haben mit ihrer Voraussetzung Recht behalten.

Auch, wo zur Vermeidung plötzlicher starker Blutdrucksteigerungen die Injektionsbehandlung mit Suprarenin nicht in Frage kommt, bei Herzkrankheiten, hat Flörsheim in sehr vielen Fällen die besten Resultate mit stomachaler Anwendung erzielt. „Der Puls wurde gefestigt und geregelt, die Dilatationen des Herzens verminderten sich, Schwindel, Dispnoë und Oppressionsgefühl schwanden" (S. 372). Desgleichen dort, wo gegen andauernde Schmerzen die schmerzstillende Komponente des Suprarenins ausgenützt werden soll. So versuchte „Kreuzfuchs mit bestem Erfolge die innerliche Adrenalinverabreichung bei Hemikranie und Gastralgie und Römer bei tabischen Krisen. Die Besserung trat stets nach 15—20 Minuten ein und hielt mehrere Stunden an" (S. 371).

In diesen Beispielen, die wir Bayers Werk entnehmen, haben wir ermunternde Analogie zur Anwendung der stomachalen Suprareningaben bei gefährlichen und chronischen Dermatosen, welche eine häufige und konsequente Suprareninbehandlung erfordern und die Injektionstherapie untunlich erscheinen lassen. Noch enger verknüpft mit der peroralen Darreichung des Suprarenins sind aber die Nieren- und Blasenkrankheiten. Hier wird geradezu von den experimentierenden Physiologen eine bemerkenswerte Ausnahme für die perorale Anwendung konstatiert. „Besonders in Erwägung zu ziehen wäre auch die stomachale Verwendbarkeit von Nebennierenpräparaten zur Stillung von Blutungen der höheren Harnwege, da nach den Versuchen von Falta und Ivcovič verfüttertes Adrenalin vom Darm aus in larviertem Zustand resorbiert und in wirksamer Form durch die Nieren ausgeschieden wird. Es ist daher auch verständlich, daß gelegentlich auch bei Blasenkatarrhen durch buccale Adrenalinverabreichung gute Erfolge erzielt werden können, wie dies z. B. Boada Calzada bei 18 teilweise sehr hartnäckigen Zystitisfällen sah" (S. 356).

Wie ist diese merkwürdige und natürlich nur scheinbare Ausnahme beim Harnapparat zu erklären? Dazu gelangen wir durch das Verständnis des so häufigen Unwirksamwerdens des Suprarenins, das so lange seine Wirkungslosigkeit bei peroraler Anwendung vortäuschte. Gerade die bequeme Beobachtung einfacher Hautaffektionen, wie Erythem und Urtikaria, war es, welche lehrte, daß die Unwirksamkeit des Suprarenins bei peroraler Eingabe mit Sicherheit beim Menschen aufgehoben werden kann durch eine reduzierende Umhüllung, speziell durch Zucker oder Sirup, woraus hervorging, daß ohne eine solche die natürliche Oxydation im Magen die zeitweilige Unwirksamkeit bedingt. Dadurch war denn auch erklärt, weshalb beim Kaninchen die Injektion in die reduzierende Lendenmuskulatur ebenso stark blutdruckerhöhend wirkt wie in die reduzierende Blutmasse bei intravenöser Injektion (S. 294) und die intramuskulären Injektionen im Allgemeinen stärker wirken als die subkutanen; denn bei jenen dominieren die Reduktionsorte, bei diesen die Sauerstofforte. Es erklärt sich weiter die stärkere Wirkung des Suprarenins bei Injektion in das sauerstoffärmere Venenblut als in das sauerstoffreichere Arterienblut (S. 333) und die bemerkenswert lange Dauer der erfrischenden Suprareninwirkung auf ermüdete Muskeln, während die Wirkung auf die viel mehr Sauerstofforte enthaltenden Blutgefäße weit rascher vorübergeht.

Bedenkt man nun, daß der Harn sauerstoffreich die Niere verläßt, aber bei seiner Bespülung der Epithelflächen des Ureters und der Blase seinen Sauerstoff verliert und schließlich eine reduzierende Flüssigkeit darstellt, so begreift man, daß Falta und Ivcovič bei Meerscheinchen nach stomachaler Verabfolgung von Adrenalin „eine die Eisenchloridreaktion zeigende und die physiologischen und tonischen Eigenschaften des Adrenalins besitzende Substanz im Harn nachweisen konnten" (S. 334). Das Unwirksamwerden des Suprarenins ist also reversibel, und zwar sind es die einfachen Einflüsse der Oxydation und der Reduktion durch die Umgebung, welche diese wichtigen Unterschiede in der Wirksamkeit zu Wege bringen.

Wollen wir also aus praktischen Gründen bei chronischen Hautkrankheiten eine konsequente perorale Behandlung mit Suprarenin einleiten, so müssen wir uns prinzipiell eines solchen Suprarenins bedienen, das von einem reduzierenden Vehikel umhüllt ist, also beispielsweise des Sirupus Suprarenini[1]).

---

[1]) Sol. Suprarenini (1 : 1000) 5.0
Sir. liquir. ad 50,0
M. S. 1—3stündlich 1 Teelöffel.

Digitized by Google

Mit diesen Vorbemerkungen gerüstet, können wir mit Nutzen an das Kapitel der Haut in der Arbeit von Bayer herantreten. Wir werden nicht bloß die hier gegebenen empirischen Daten besser verstehen, sondern an manchen Orten auch die bisherigen scheinbaren Grenzen der Suprarenintherapie viel weiter hinausschieben können. Die vielen Einzelindikationen zu derselben lassen sich bequem in folgende Gruppen bringen.

1. Hemmung der normalen Blutströmung.

Braun verdanken wir die grundlegende Empfehlung des Suprarenins als Adjuvans bei allen Formen der Lokalanästhesie, als Zusatz zur Kokain-, Novokain- und Alypininjektion sowohl als zur Vorbereitung der Vereisung mit Chloräthyl. Die gleichzeitige perorale Einführung kann zur Verlängerung der Lokalanästhesie dienen. Dasselbe gilt für die anämisierende Vorbereitung der Haut für die Finsenbestrahlung. Dagegen erscheint dem Ref. der Vorschlag von Reicher und Lanz (S. 358), das Suprarenin zur Vermeidung des Röntgenerythems und Ermöglichung einer größeren Strahlenmenge zu verwenden, nicht unbedenklich, weil dadurch die deletären Spätfolgen größerer Strahlenmengen wohl kaum aufgehoben werden. Hierher gehört auch die Empfehlung von Garnier (S. 263), eine Hemmung des Erysipels durch Suprarenin zu erzielen. Dieselbe verdient sicher eine größere Beachtung und reiht sich unseren anderen anämisierenden Erysipelmitteln (Ammonium carbonicum innerlich, Ichthyolammonium äußerlich) sinngemäß an.

2. Hemmung der Lymphströmung.

Der Empfehlung der Suprarenin-Injektionen gegen Urtikaria ist bald die weitaus bequemere der peroralen Darreichung gefolgt und hat in Deutschland bereits eine weite Verbreitung gewonnen; Bayer zitiert auch ausländische Autoren: Swann, Sardou, Malcolm Morris, Mac Gowan, von denen Letzterer nicht bloß Urtikaria, sondern auch Erythema multiforme und Purpura „unter stomachaler Adrenalintherapie, dreimal täglich 10 Tropfen der 1%igen Lösung, rasch ausheilen sah“ (S. 357). An diese Affektionen schließen sich ähnliche Exantheme nach Seruminjektionen und Arzneiexantheme, bei denen auch bereits mit Suprarenin Erfolge erzielt sind. Diesen schon eingebürgerten Indikationen kann Ref. nach seinen letztjährigen Erfahrungen aber noch einige andere Formen von übermäßiger Lymphabsonderung anreihen, nämlich jene Ekzeme von Erwachsenen, mehr noch von Kindern, welche unter nicht ganz zweckmäßiger Behandlung sofort mit Bläschenbildung und profusem Nässen antworten und die man neuerdings mit dem unpassenden Namen einer „exsudativen Diathese“ belegt. Sowie bei einem Ekzem irgend welcher Art, sei es ein seborrhoisches Gesichtsekzem oder ein Unterschenkelekzem, die Neigung sich zeigt, in ein Eczema madidans auszuarten, möge man neben den äußeren Mitteln die perorale, konsequente Suprareninbehandlung beginnen.

3. Beseitigung von Hyperämien.

Die prompte Wirkung des Suprarenins auf alle Arten von Hyperämien ist bekannt, für die Haut aber noch nicht genügend ausgenützt. Die Angabe, daß Rothmund durch lange fortgesetzte innerliche Adrenalinbehandlung die Rosazea des Gesichts und der Nase geheilt habe, bezweifelt Bayer, und wohl mit Recht, denn da das Zitat (S. 351) aus französischer Quelle stammt, ist sicher darunter die sogenannte Acné rosacée, d. h. die seborrhoische Rosazea verstanden, und für diese kommt man ohne milde äußere antiseborrhoische Behandlung nicht aus. Um so wahrscheinlicher beziehen sich aber die guten Erfahrungen Rothmunds allein auf die frostartige, vasoneurotische Form und muntern zu weiteren konsequenten Versuchen mit der peroralen Behandlung auf.

Gelingt es durch dieselbe, chronische Erytheme zu beseitigen, so ist bei den nahen Beziehungen zwischen diesen und Dermatitiden und Ekzemen einerseits, urtikariellen Entzündungen andererseits ein sehr weites Feld für die perorale Suprareninbehandlung eröffnet. Speziell können wir bereits auf gute Erfahrungen hinweisen, welche — neben der äußeren Behandlung — mit ihr bei der sonst so schwer zu beseitigenden Kombination von Ekzem und Urtikaria erzielt werden. Da die juckenden Quaddeln sich nie auf anämischer, sondern nur auf geröteter Haut erheben, so ist mit der Beseitigung der Hyperämie auch die der Quaddeln gegeben.

Ebenso wie die Quaddeln, entstehen auch die meisten Fälle von Pruritus der Schleimhauteingänge (Vulva, Anus) auf hyperämischer Basis, wenigstens in ihren

Digitized by Google

schweren Formen. Auch hier bietet sich wieder, besonders für den so schwierig zu behandelnden Pruritus vulvae ein dankbares Feld für die Anwendung des Suprarenins. Cramer und Peters erzielten dauernde Heilung von Pruritus vulvae durch mehrtägiges Auflegen von adrenalinbefeuchteten Gazebäuschchen, Mérie und die Amerikaner Engman und Loth bloß durch innere Verabreichung von Nebennierensubstanz. Der Pruritus ani weicht allerdings leicht der Resorzinschälung und anderen äußeren Mitteln, aber auch hier ist in den schwereren Fällen Suprarenin innerlich als Adjuvans anzuraten.

Nun gibt es noch ein besonderes Feld für die Betätigung des Suprarenins bei Erythemen, welches noch wenig in Angriff genommen ist, über das aber auch schon ermutigende Erfahrungen vorliegen. Das sind die Fälle von Pityriasis rubra und Dermatitis exfoliativa, die sich unter unzweckmäßiger, hyperämisierender Behandlung allmählich aus trocknen Ekzemen und Psoriatiden herausbilden und dann zu den schwer zu behandelnden Hautleiden gehören. Neben den allermildesten äußeren Reduzentien (Leinöl, Leinöl + Kalkwasser, Pasta Zinci mollis) stellt sich in solchen Fällen als sehr erwünschtes Adjuvans die perorale Dauerbehandlung mit Sirupus Suprarenini ein. Hier ist gewiß eine Injektionsbehandlung mit Suprarenin ganz und gar nicht am Platze, während die perorale, chronische Suprareninbehandlung geradezu das gegebene Heilmittel der zu beseitigenden Vasoplegie ist.

4. Beseitigung der Lymphstauung.

„Bei zwei Hydrozelen", so berichtet Bayer (S. 364), „die seit 8 bzw. 10 Jahren bestanden hatten und die bisher stets in drei- bis viermonatlichen Intervallen entleert werden mußten, erzielte Rüffle durch je einmalige Injektion der fünffach verdünnten einpromilligen Stammlösung in den Wasserbruchsack vollständige Dauerheilung." Auch hier haben wir eine zukunftsreiche Betätigung des Suprarenins bei solchen Dermatosen, welche uns mechanisch die größten Schwierigkeiten bereiten, den Stauungsdermatosen elefantiastischer und lymphangiektatischer Art. Neben der hier gewiß aussichtsreichen kutanen und subkutanen Injektion und neben der peroralen Darreichung hat sich bei diesen Affektionen die Kombination von Suprarenin mit Pepsin + Salzsäure- oder Pepsin + Borsäure-Dunstumschlägen geradeso bewährt wie bei den demnächst zu besprechenden angiektatischen Geschwülsten. Die Pepsindunstbehandlung dient in diesen Fällen dazu, das Suprarenin durch die Hornschicht in die Kutis einzuführen. Gute Erfahrungen über diese Kombination liegen bereits vor über einzelne Fälle von Elephantiasis cruris und Lymphskrotum.

Hier möge noch der Pemphigus angeschlossen werden, bei dessen Behandlung — neben Arsen, Zinkschwefelpaste äußerlich und Kieselsäure innerlich — Suprarenin zunächst aus theoretischen Gründen empfohlen werden mag. Bekanntlich sind von den Leukozyten bei dieser Krankheit hauptsächlich die basisch reagierenden Eosinophilen in Tätigkeit, wie denn auch die leichte Ablösbarkeit der Oberhaut von der Kutis wohl mit der erhöhten Basizität des Serums zusammenhängt. Nun nimmt bei Kaninchenversuchen die Zahl der Eosinophilen nach Suprareninjektionen ab. „Eine bestehende Eosinophilie kann zum Verschwinden gebracht werden" (S. 321). Außerdem besteht eine besondere Affinität der eosinophilen Granula zum Suprarenin, in dessen Lösungen sie sich braun färben (Kreibich). Endlich nimmt die Blutalkaleszenz nach Adrenalininjektion ab (Foà und Gatin-Gruzewska, Magnanimi). Aus allen diesen Gründen erscheint ein Versuch bei dieser schweren Hautkrankheit aussichtsvoll.

5. Beseitigung der angiektatischen Nävi und sonstigen Angiektasien.

Über die guten Erfolge der äußeren Suprareninbehandlung bei den sonst nur schwierig und nicht ohne Narbenbildung zu beseitigenden Feuermälern ist mehrfach von mir berichtet; sie erfordert, wie oben erwähnt, die Kombination mit Pepsindunstumschlägen, ist aber dann jeder anderen Behandlung überlegen. Bei diesen Mälern sowie bei der bisher ziemlich undankbaren Behandlung der varikösen Gefäßveränderungen und der Varikozele ist, da wir nun in Besitz der peroralen Suprareninbehandlung sind, diese mit der äußerlichen Druck- und Ichthyolbehandlung zu verbinden. Es ist nicht allgemein bekannt, daß bei den Varizen auch schon eine lange, konsequent fortgeführte innere Ichthyolbehandlung unter Umständen allein zur Heilung führt. Demzufolge wird auch die Prognose der inneren Suprareninbehandlung, konsequent durchgeführt, wohl sehr günstig sein.

Digitized by Google

6. Beseitigung der Neigung zu Hämorrhagien.

Die styptische Wirkung des Suprarenins wurde zuerst zur Beseitigung traumatischer und postoperativer Blutungen mit Erfolg angewendet (Blum) und dann in großer Ausdehnung von den Gynäkologen benutzt, bei denen sie sich völlig eingebürgert hat. Für die Dermatologie ist jedoch die von zahlreichen Beobachtern konstatierte gute Wirkung auf die verschiedenen Formen der Purpura (Purpura haemorrhagica, Purpura rheumatica, Morbus Werlhofi) noch viel wichtiger; denn bisher versagten hierbei meistens unsere Mittel (Säuren, Diät), während wir die einmal gesetzten Purpuraflecken allerdings durch innere Gaben von Arnikatinktur rasch beseitigen konnten. Dagegen wandten Labbé, Cianni, Tito di Guiseppe Injektionen, Attinà, Deckers, Meerssan, Loeper und Crouzon auch perorale Gaben, 1 mg Suprarenin pro die (S. 357) an und mit demselben überraschend guten Erfolge. Wir sind auf diesem früher trostlosen Gebiete also durch die innere Behandlung mit Suprarenin und Arnika in letzter Zeit viel weiter gekommen. Und ebenfalls hat sich die äußerst trübe Prognose der Bluter durch dieselben Mittel wesentlich gehoben.

7. Morbus Addison.

Gegenüber allen diesen großen Fortschritten ist es bemerkenswert, daß die Hautkomponente des Addison-Bildes, die Pigmentierung, durch innere Nebennieren-Darreichung gar nicht beeinflußt wird. Bei der Behandlung der noch wenig weit vorgeschrittenen Fälle wird möglicherweise die perorale Eingabe von Suprarenin an Stelle der Nebennierensubstanz eine substitutive Wirkung entfalten und den Fortschritt der Krankheit aufhalten, vielleicht aber auch nicht, da die Lipoidsubstanzen der Nebennierenrinde beim Suprarenin fehlen, denen nach Bayer eine Bedeutung für das Wachstum und den Wiederersatz der Nebenniere zukommt (S. 342). Auf eine Hebung der im Morbus Addison stets gesunkenen Muskelkräfte wird man jedoch rechnen können.

8. Geschwülste.

Mehrfach ist nach der Injektion von Suprarenin eine Schrumpfung epitelialer Geschwülste beobachtet worden. So sah Riedl durch mehrere, in 4—5tägigem Intervall ausgeführte intrakutane Injektionen gewöhnliche harte Warzen stets prompt schwinden (S. 357).

Ritchie spritzte bei einem Hautkarzinom Suprarenin ein, anfangs nur, um die Penetration von Radiumstrahlen zu erhöhen. Während aber die Strahlentherapie keinen Erfolg hatte und dabei aufgegeben wurde, gelangte der Tumor unter fortgesetzter Suprareninbehandlung zur vollkommenen Ausheilung. Ein Rezidiv trat binnen Jahresfrist nicht ein (S. 371). Bayer möchte die gute Wirkung nicht allein auf die Anämisierung zurückführen. Bei Zungenkarzinomen ist die Pinselung mit Suprareninlösung schon allein zur Blutstillung und Schmerzlinderung anzuempfehlen wie bei inoperablen Karzinomen überhaupt (Mehu).

9. Harn- und Geschlechtsorgane.

Schließlich seien noch mit kurzen Worten die vielseitigen für die Urologie wichtigen Indikationen erwähnt.

Die Zystoskopie macht von Füllung der Blase mit verdünnter Suprareninlösung Gebrauch zur Herstellung eines blutfreien Gesichtsfeldes. Die von allen Autoren anerkannte Wirksamkeit innerer Suprareninbehandlung auf den Harnapparat berechtigt zu ihrer Empfehlung bei Nieren- und besonders bei Blasenblutungen neben der Lokalbehandlung. Ihre tonisierende Wirkung auf die gesamte glatte Muskulatur kommt endlich auch noch bei Atonie der Blase, bei Enuresis nocturna, bei Spermatorrhoe und Ejaculatio praecox neben den sonst üblichen Mitteln in Betracht.

Digitized by Google

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 9. Mai 1922.

Originalbericht von Dr. L. Kleeberg-Berlin.

1. Rosenthal (Klinik Blaschko) zeigt:

a) einen Mann mit ausgedehnter **Melanose** der Haut (Gesicht und Vorderarme) und Schleimhäute. Ursache der Melanose unbekannt. Starke Pigmentation trat auch nach Quarzlampenbestrahlung ein. Um die Stelle einer Exzision ist das Pigment geschwunden. Versuch der Beeinflussung der Pigmentierung durch Radium.

b) Multiple erbsen- bis bohnengroße bläulichrote, auf der Unterlage nur wenig verschiebliche Geschwülste auf der Streckseite des Unterschenkels eines jungen Mannes. Die Geschwülste scheinen mit der Sehnenscheide des Extensor digitorum longus in Verbindung zu stehen. Bestand der Tumoren seit $1^1/_2$—2 Jahren. Am Gastroknemius ebenfalls zwei kleine Knoten. WR negativ. Probeexzision ergab: **Granulome**. Keine Tuberkulose, kein Sarkom. Röntgentherapie wird versucht.

Diskussion: Buschke regt an, auch kulturell auf Sporotrichose und Blastomykose zu untersuchen.

2. Buschke und Peiser: a) **Demonstration von Ratten mit ausgedehnter Thalliumalopezie.** Vollkommene Alopezie außer Schwund der Sinneshaare wurde durch Thalliumverfütterung erzielt. Das Auftreten von Katarakt bei den Tieren ist als Schädigung der Epithelkörperchen zu deuten. Die meisten Tiere sind klein geblieben und zeigen psychische Störungen. Thallium ist ein spezifisches Gift für das endokrine System. Die Alopezie ist eine Folge dieser endokrinen Störung. Bei 3 Tieren bestand eine Atrophie der Hoden; in 5 Fällen fehlte das Adrenalin im Blut. Hart fand in 1 Fall klinisch und histologisch Atrophie der Schilddrüse. Die nach externer Anwendung von Thalliumsalbe auftretende Alopezie erklärt B. als eine Folge seiner Wirkung auf das sympathische System des Follikelapparates.

b) B. zeigt einen früher schon einmal vorgestellten Patienten mit **Lupus** und schwerer Fußgelenktuberkulose, der mit dem Friedmannschen Mittel behandelt war. Der Lupus ist nach der einen Injektion vollkommen unbeeinflußt geblieben, die schwere Gelenktuberkulose ist aber, trotzdem der Patient nach der Entlassung aus dem Krankenhaus unter den ungünstigsten hygienischen Verhältnissen lebte, klinisch — auch röntgenologisch — vollkommen geheilt.

c) **Keloide** nach Lupusbehandlung und Keloide an Tätowierungsstellen durch Unnas Pepsinsalbe — Vorbehandlung mit Pyrogallus — gebessert.

Diskussion zu 2a: Mosse weist auf die Beziehung von Hypophyse und Alopezie hin.

Buschke erwidert, daß von Anfang an auf die Untersuchung der Hypophysen besonderer Wert gelegt worden ist.

3. Sklarz: Demonstration einer 49jähr. Frau mit **syphilitischer Parotitis.** Sonstige Sekundärsymptome: Polyskleradenitis, Leukoderm, Alopezie der Zilien, Neuritis optica, bzw. Stauungspapille. WR positiv. Klinisch: einmarkstückgroße, knorpelfeste Verhärtung in der linken Parotis mit zentraler Fistel. Keine Speichelsekretion links, daher starkes Trockenheitsgefühl im Munde. Vollkommene Heilung unter Schmierkur und Jodkali. Ein zweiter entsprechender Fall befindet sich zur Zeit noch in Behandlung.

4. Ledermann zeigt:

a) eine Frau mit **Lupus vulgaris des Gesichts** kombiniert mit einem tertiären Syphilid. In dem lupösen Herd traten gruppierte, mit Krusten bedeckte Knoten auf. WR im Blut positiv. Besserung unter Schmierkur.

b) Frau mit **Akrodermatitis atrophicans** der unteren Extremitäten; besteht seit 33 Jahren, jetzt noch progredient. Par- und Anästhesien auf den Fußrücken. Die zur Zeit bestehenden Anschauungen über die Ursache dieses Krankheitsbildes werden kurz erörtert (Entwicklungshemmung, Infektion, Kombination und Tumorbildung, innersekretorische Störung).

5. Löhe stellt eine 46jähr. Frau mit einer Zungenaffektion vor; WR früher angeblich positiv, daraufhin anderwärts ohne Erfolg antiluetisch behandelt. Auf der rechten

Digitized by Google

Zungenhälfte überhaselnußgroßer Knoten, daneben zwei Defekte mit gräulich hartem Grund und miliaren ulzerierten Knötchen in der Umgebung. Klinisch und histologisch **Karzinom der Zunge.**

6. **Fischer**: a) **Urticaria perstans xanthelasmoidea?** 31jähr. Pat. mit urtikariellen Stellen im Nacken, an Stirnhaargrenze und Gesäß; ob diese Stellen sich zurückbilden, ließ sich bis jetzt während einer mehrwöchigen Beobachtung nicht mit Sicherheit feststellen; daneben bestehen sehr harte, gelbbräunliche, keloidähnliche, persistente halbkugelförmige Knötchen, die matten Glanz zeigen.

Probeexzision (**Buschke**) ergab nur Ödem und perivaskuläres entzündliches Infiltrat; nur mäßige Mengen von Mastzellen; keinen Mastzellentumor.

b) Demonstration eines **Kanarienvogels mit Favus**, typische Skutula auf dem Kopf. Eine alte Frau hatte sich von dem Vogel an der Hand infiziert (Herpes-tonsurans-ähnliche Affektion). F. weist auf die Beobachtung **Hellers** über Favus bei der Nachtigall hin.

Heller betont, daß er auch bei der Lerche Favus beschrieben hat.

7. **Heyn** (Universitäts-Hautklinik): **Granuloma anulare.** 39jähr. Buchdrucker bemerkt seit 1903 Veränderungen an den Handrücken ohne irgend welche Beschwerden. Vater Lungenspitzenkatarrh. Selbst Lungen o. B. Pirquet ++. Zur Zeit bestehen vier Herde von 8—3 cm, je einer am rechten ulnaren Handgelenksknöchel, rechts über dem 3.—5., links über dem 2. und 5. Metakarpophalangealgelenk. Sie sind rundlich, zeigen meist scharfe, bogige Begrenzung, grau livide Färbung, in den Randpartien zahlreiche, bis linsengroße wenig prominente derbe Knötchen. Im Zentrum der Herde kirschgroße, von schwieliger Epidermis bedeckte knotige Verwölbungen. Keine Drüsenschwellungen.

8. **Überschär** (Universitäts-Hautklinik): **Tuberculosis colliquativa.** 35jähr. Waschmeister einer Lumpenreinigungsanstalt. Ende Juni 1921 Verletzung an der Beugeseite des Unterarms oberhalb des Handgelenks, danach unter heftigen Entzündungserscheinungen Auftreten eines Abszesses an der Beugeseite des Unterarms. Damals draußen Inzision, aber nicht zugeheilt. Jetziger Befund: Geschwürige Prozesse am linken Arm, im Verlauf der großen Lymphbahnen; von unregelmäßiger Form, bläulichrot, weiche unterminierte Ränder, Sekret serös-blutig mit krümeligen Beimengungen. Säurefeste Stäbchen im Geschwürsekret — die morphologisch von Tuberkelbazillen nicht zu unterscheiden waren — nachgewiesen. Regionäre Drüsen bohnen- bis haselnußgroß. Pirquet stark positiv. Lungen: über der rechten Spitze Verkürzung des Klopfschalls; röntgenologisch starke Hiluszeichnung. WR negativ. Tierversuch auf Malleus negativ, für Sporotrichose noch nicht abgeschlossen. Es handelt sich wohl um eine als exogene Inokulationstuberkulose aufzufassende Form der kolliquativen Tuberkulose. Von der Eingangspforte keine Spur mehr nachweisbar. (Keine Leichentuberkel oder Tuberculosis-verrucosa-ähnliche Veränderung.)

Der auch im Juni 1921 aufgetretene Ausschlag an der rechten Hand — über dem Daumen und Handgelenk, bräunlich bis graurote, infiltrierte, hyperkeratotische Herde — ist wohl im Zusammenhang mit der Affektion an der linken Hand als Tuberculosis verrucosa cutis aufzufassen.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1921, Bd. 136, H. 2.

Die Dermatoskopie. IV. Mitteilung, von **Johann Saphier**, Hautklinik München. S. 149—158. Zunächst wird über eine Verbesserung des Apparates durch die **Ehlers**sche Beleuchtung berichtet. Eine Abbildung zeigt, daß bei 172facher Vergrößerung eine gute Darstellung möglich ist. Eine 112fache Vergrößerung zeigt Schweißdrüsen während der Sekretion, die wahrscheinlich durch Reflexion der Schweißflüssigkeit sichtbar werden. Neu ist eine Beobachtung sklerodermatischer Haut; man bemerkt die pallisadenförmig zusammengedrängten Papillen meist mit kleiner zentraler Gefäßschlinge, die durch ein Netz von inter- bzw. zirkumpapillär liegendem Pigment getrennt erscheinen. Molluscum contagiosum imponiert als gelappter, aus gelblichen Schollen sich zusammensetzender Tumor. Die Läppchen sind durch hellere von Gefäßen durchzogenen Septen getrennt.

Digitized by Google

In einem Falle von Druckatrophie ist der Schwund des Papillarkörpers nachweisbar. Anschließend die dermatoskopischen Befunde anderer Autoren.

Zur Kenntnis der Xanthome, von Hermann Werner Siemens, Hautklinik Breslau. S. 159—197. In dem mitgeteilten Falle handelt es sich um einen 20jähr. Mann mit ausgebreitetem Xanthoma tuberosum multiplex, das, vor zwei Jahren beginnend, Gesicht, behaarten Kopf, Stamm und Extremitäten mit einer Unzahl gelber oder geröteter, stecknadel- bis groschengroßer Knötchen bedeckt hatte. Leberleiden und Diabetes konnten ausgeschlossen werden, trotz der Ähnlichkeit des Exanthems mit einem Xanthoma diabeticorum. Pseudoxanthoma (Aschoff), wo das Cholesterin durch entzündlich-degenerative Prozesse lokal gebildet wird, kam nicht in Betracht, sondern nur die hämatogene Cholesterese. Da sich aber der Cholesteringehalt des Blutes als normal erwies, so muß angenommen werden, daß die Hypercholesterinämie keine obligate Bedingung für die Bildung des Xanthoms ist. Vielmehr sind gewisse Zellkomplexe mit gesteigerter Affinität zu den Cholesterinfettsäureestern imstande, das normalprozentige Cholesterin aus dem Blute herauszuziehen und zu speichern. Die gelbe Farbe der Xanthome wird durch Pigmente bedingt, die zur Gruppe der Luteine gehören. Nachgewiesen wurde Karotin und Xanthophyll. Die Gelbfärbung ist als Cholesterochromie zu bezeichnen, eine besondere Form des Sammelbegriffes der Xanthosen oder Gelbfärbungen der Haut. Bemerkenswert ist, daß das bekannte Symptomenbild des Xanthoma diabeticorum auch von Fällen ohne Diabetes und überhaupt ohne jede nachweisbare Stoffwechselerkrankung weitgehend nachgeahmt werden kann.

Beiträge zur Klinik und Ätiologie der Hautatrophien, von Oscar Singer, Lupusheilstätte Wien. S. 198—206. Die drei Fälle betreffen eine Acrodermatitis atrophicans Herxheimer, eine Atrophia cutis maculosa idiopathica und eine Atrophia cutis progressiva. In den beiden letzten Fällen besteht eine Tuberkulose oder eine Lues, in allen drei Störungen von seiten der Genitalorgane. Die beobachtete Dysmenorrhoe mit perversem Geschlechtstyp, ferner Unterentwicklung des Genitale und der sekundären Geschlechtsmerkmale und Amenorrhoe mit starker Pigmentierung bedeuten eine Dysfunktion der inneren Sekretion. In diesem Momente wird die Disposition bzw. der verminderte Widerstand dieser Personen gegenüber Infekten gesucht.

Über die Berechtigung der Aufstellung von charakteristischen Kurventypen der Goldausflockung des Liquors bei luogenen Affektionen des Zentralnervensystems, von L. Arzt und H. Fuhs, Hautklinik Wien. S. 207—211. Der von Eskuchen versuchten Aufstellung typischer Kurven für die einzelnen Formen luogener Nervenerkrankungen kann nicht allgemein zugestimmt werden, da sich aus der Form der Kurve kein sicherer Schluß ziehen läßt.

Die Bedeutung der Liquorveränderung bei einzelnen luetischen Manifestationen, von L. Arzt und H. Fuhs, Hautklinik Wien. S. 212—220. Untersuchungen auf Liquorveränderungen im Primärstadium ergaben, daß von 56 Patienten 27 (48%) positiv waren, während 10 Extragenitalsklerosen 3 positive Befunde aufwiesen. Ferner waren die Liquorbefunde bei tertiärer Haut- und Schleimhautlues, 36 Fälle, 22mal positiv (61%). Besonders ausgeprägt war der Befund bei Leukoderma, 31 Fälle, 29 (93%), dann bei Alopezie, 15 Fälle, davon 13 (87%), schließlich bei beiden Prozessen gleichzeitig, 3 Fälle, alle 3 (100%) positiv.

Über experimentell hervorgerufene Purpura beim tuberkulösen Individuum und ihre spezifische Umwandlung, von Friedrich Fischl, Allgem. Krankenhaus, II. Hautabt., Wien. S. 221—225. Tuberkulide und das Erythema induratum Bazin können sich auf der Basis einer Purpura entwickeln. Beobachtung an einem Tuberkulösen, bei dem die Hautblutung experimentell hervorgerufen war.

Zur Ätiologie des Lupus erythematodes, von Eugen Neuwirth, Apponyi-Poliklinik, Budapest. S. 226—230. Ein scheibenförmiger Lupus erythematodes, der außer einer Schwellung der Zervikaldrüsen auch mit einer Entwicklung zahlreicher Tuberkulide verbunden war, reagierte auf Tuberkulin.

Zur Kritik der Dopatheorie. Entgegnung auf die Arbeit von K. Heudorfer, von Bruno Bloch, Hautklinik Zürich. S. 231—244. Nach Heudorfer soll die Dopaoxydation durch eine primär reduzierende Eigenschaft des Pigmentes oder einer seiner Vorstufen verursacht werden und der Silberreaktion entsprechen. Bloch dagegen weist nach, daß sich erstens die Bilder dieser beiden Reaktionen nicht decken, ferner daß im Auftreten derselben große Unterschiede hervortreten und drittens daß sie durchaus verschiedenen Wesens sind. Da durch Säuren und Alkalien u. a. die Dopaoxydase derartig verändert wird, ganz im Gegensatz zur Silberreaktion, so muß die oxydierende

Digitized by Google

Kraft der Pigmentzelle an ein anderes Substrat gebunden sein als die reduzierende. Ausgeschlossen ist ferner, daß die Dopaoxydation durch das sog. Propigment verursacht wird. Brenzkatechin und Pyrogallol haben keinen Einfluß auf die Entwicklung der Dopareaktion, während Kochen sie vernichtet. Alle bisherigen Untersuchungen sind nicht in der Lage, die Natur der Dopaoxydase bis in die letzten Einzelheiten festzulegen, wohl aber berechtigen sie dazu, die Dopaoxydase als pigmentbildendes Ferment aufzufassen.

Über herdförmige Amyloidentartung bei einem Falle von Dermatitis atrophicans diffusa, von Desider Kennedy, Hautabt. d. Polikl. Apponyi, Budapest. S. 245 bis 250. Die Atrophie sowie die Amyloidveränderungen sitzen an den unteren Extremitäten. Die letzteren bilden kleine, halbkugelig über die Oberfläche vorspringende Knoten.

Ein Fall von Pseudoleukämie mit Hautveränderungen, von Emmerich Lehner, Hautabt. d. Polikl. Apponyi, Budapest. S. 251—254. Bei der Pat. traten neben einem Zoster gangraenosus der Stirn, neben urtikaria-prurigoartigen Knötchen und punktförmigen Blutungen Infiltrate im Korium auf, die von Bläscheneruptionen gefolgt waren. Letztere heilen mit Nekrose. Alle Veränderungen sind von heftigem Jucken begleitet. Histologisch finden sich Veränderungen wie bei Zoster, Variola und Varizellen.

Das Verhalten der kutanen Tuberkulinprobe nach Pirquet bei verschiedenen Dermatosen und im Verlaufe der Lues unter gleichzeitiger Anführung der v. Grön-Herxheimerschen pharmakodynamischen Kutanreaktion bei einem Teil der Fälle, von Alfred Gutmann, Hautabt. d. Wilhelminenspit., Wien. S. 255—264. Die Anwendung der kutanen Tuberkulinprobe ergibt in Fällen von Urtikaria 70% negative Reaktionen, bei Psoriasis acuta 82%, bei artefiziellem Ekzem 25%, bei Ekzema in scabioso 45%, bei Pityriasis rosea 78% und bei Sarkoid Boeck 100%. Die Vasokonstriktionsmethode nach Adrenalin war immer positiv, die Vasodilatationsreaktion nach Morphin stets negativ. Die Exsudationsprobe nach Morphium zeigte erheblichere Schwankungen. Starke Quaddelbildung trat ein bei Herpes zoster, Urticaria acuta, Psoriasis acuta und stark nässendem Ekzem. Eine Parallele zwischen spezifischem Pirquet und nichtspezifischer, pharmakodynamischer Reaktion konnte demnach nicht festgestellt werden. Herabgesetzt erschien die Reaktion bei Urticaria chronica, Lichen urticatus, Psoriasis chronica und Eczema seborrhoicum. Die Reaktionen waren stärker an den erkrankten als an den normalen Stellen. Bei Lues zeigte sich ein Ausbleiben der Pirquetreaktion zur Zeit des Exanthems, 68%. Von den seronegativen reagierten 16,6% und von den seropositiven Sklerosen 25% nicht. Die seropositive und seronegative Lues zeigten je 11% Ausfall. Die III. Lues (Gummata) wies 56% negative Pirquetreaktionen auf. Die Morphiumreaktion blieb ohne auffälligen Erfolg, dagegen war die Adrenalinreaktion ausgesprochen positiv.

Über einen Fall von kleinen Zysten, die durch pathologische Einsenkungen der äußeren Haut in großer Anzahl entstanden sind, von S. Tagasuki, Hautklinik Tokio. S. 265—272. Bei einem 21jähr. Mädchen fanden sich am unteren Drittel der Skapula in einer Hautpartie von 4 cm Durchmesser kleinste Gruben von rundlicher Form, die mit Hornmassen erfüllt waren. Sie standen sehr dicht nebeneinander, so daß auf den 16 qcm 135 Stück gezählt werden konnten. Unmittelbar nach der Geburt war die Stelle nur fünfpfennigstückgroß und nur von einzelnen bedeutend kleineren Grübchen besetzt. Im 16. Jahre trat eine Vereiterung ein, nach welcher eine auffallende Entwicklung der Zysten stattfand, und ein Jahr vorher wurde von einem Arzte eine Inzision ausgeführt. Histologisch ergab sich ein typischer Bau der Epidermis und ein Vorkommen der Follikel in der Wandung und von Haaren im Inhalt der Zyste. Der Verf. nimmt an, daß dieselbe durch eine Einsenkung der äußeren Haut im Fötalzustande entstanden sei.

Über Sarkomatosis und solitäre Sarkome der Haut, von E. Vollmer. S. 273 bis 284. In dem einen Falle bildeten sich die ersten Knoten im 5. Lebensjahre an den Ellenbogen. Vom 11. Jahre an zeigten sich auch Knötchen auf dem Dorsum der Finger und Zehengelenke. Finger und Zehen erhalten dabei eine Stellung von unvollkommener Streckungsmöglichkeit. Im anderen Falle bestand ein kleinapfelgroßer Tumor vor dem rechten Knie. Auch dieser Pat. stand im jugendlichen Alter; beide heilten unter Arsenbehandlung. Histologisch stellen die Tumoren eine bindegewebige Neubildung fibromatöser bzw. sarkomatöser Natur dar, die im ersten Falle einer Granulombildung ähnlich sieht, innerhalb deren sich nekrotische Herde befinden.

Digitized by Google

Über den Einfluß der Salvarsanbehandlung auf den Bilirubingehalt des Blutserums, von Wechselmann und Wilh. Hohorst, Rudolf Virchow-Krankenh., Hautabt., Berlin. S. 285—295. Das Bilirubin im Blutserum wurde nach der Meulengrachtschen Methode bestimmt: Feststellung der Zahl von Verdünnungen, die notwendig sind, um die Farbe des ikterischen Blutes auf die des normalen zu bringen. Die mit dieser Methode an Luetikern angestellten Untersuchungen ergaben, daß die Zufuhr von Hg oder Salvarsan keine besonders rapide Steigerung des Bilirubingehaltes bedingt. Jedenfalls kommen für die Entstehung der Krankheit noch andere Verhältnisse in Betracht. Schließlich vermag man durch die Bilirubinbestimmung in gewissem Maße schwerere Leberveränderungen zu erkennen.

Die Grundlagen einer neuen Flockungsreaktion bei Syphilis, von Hugo Hecht, Deutsche Hautklinik Prag. S. 297—303. Es handelt sich um die Sichtbarmachung des eigentlichen Anlasses der Komplementbildung, welche in der Bildung von Präzipitaten durch das Zusammentreffen von Antigen und Antikörper besteht. Das wichtigste ist die Herstellung eines geeigneten Extraktkolloids, das vor allem durch fraktionierte Antigenverdünnung und längeres Reifen gewonnen wird. In der Flüssigkeitssäule des Reagenzglases entsteht eine kugelige Flocke mit dichtem weißem Kern und geblähtem durchscheinendem Mantel. Der Kern besteht wahrscheinlich aus Antigenlipoiden und der Mantel aus Serumstoffen. Die Serodiagnostik hat mithin eine neue einfache Ausdrucksmöglichkeit gefunden.

Serologische und klinische Beobachtungen bei Primäraffekten mit besonderer Berücksichtigung der Kaupschen Methode der Wassermannreaktion sowie der Ausflockungsreaktion nach Sachs-Georgi, von Paul Gross, Deutsche Hautklinik Prag. S. 304—316. Vergleichende Untersuchungen mit Luesleberextrakt und cholesterinisiertem Rinderherzextrakt in Form der Originalmethode, oder mit konstant austitriertem Komplementüberschuß, sowie mit der Kaupschen Anordnung, ferner mit Sachs-Georgi und Perutzscher Flockungsreaktion konnten bei Lues latens und Spätstadium eine Überlegenheit des Cholesterinextraktes feststellen, während sich bei Sklerosen der alkoholische Luesleberextrakt als empfindlicher erwies. Dann und wann war es allerdings auch umgekehrt. Untersuchungen während der Behandlung von Sklerosen ergeben, daß 4—5 Wochen nach der Infektion eine positive Schwankung nachweisbar ist; um dieselbe zu unterdrücken, ist es demnach notwendig, die Behandlung schon in der 3.—4. Woche zu beginnen. Besonders bei Frenularsklerosen muß man auf Frühreaktion gefaßt sein, während bei anderem Sitz eine längere Inkubation eintreten kann. Durch die Verfeinerung der serologischen Methoden läßt sich vielleicht erreichen, die prognostische Bedeutung der negativen Reaktion bezüglich Gelingens der Abortivbehandlung zu beweisen.

Wirkung des Serums von Sarkoid-Boeck- und Lupus-pernio-Kranken auf Tuberkulin, von Hans Martenstein, Hautklinik Breslau. S. 317—324. Das Serum von Lupus-pernio- und von Sarkoid-Boeck-Kranken wird mit A. T. von 5,20 und 50% versetzt, bei den späteren Versuchen mit $^1/_2$, 1, 5 und 10%. Mit diesen Mischungen wurden Impfungen nach Pirquet bei Lupuskranken vorgenommen. Das Ergebnis war, daß das Serum von Lupus-perniokranken die Tuberkulinwirkung abschwächte, während das Serum der Sarkoidkranken dieselbe verstärkte. Diese Differenz ist vielleicht dahin zu erklären, daß sich bei der einen Krankheit Antikutine (hemmende), bei der anderen Prokutine (steigernde Stoffe) finden, oder daß es sich um Prozesse handelt, die sich in unterschiedlichen Entwicklungsstadien befinden. H. Vörner-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Strahlentherapie und Strahlenschädigung.

Verödung der Tränendrüse durch Röntgenstrahlen, von Leo Brandt und Manfred Fränkel-Charlottenburg. (D. m. W., 1922, Nr. 5, S. 159—160.) Beschreibung eines Falles von Tränensackeiterung, der nach operativer Entfernung des Tränensacks zwecks Verödung der Tränendrüse mit Röntgenstrahlen behandelt wurde. Zur Bestrahlung wurde ein an seinem oberen Ende schräg abgeschnittenes Bleiglasrohr von $2^1/_2$ cm Durchmesser, in dessen Inneren 2 Aluminiumfilter von 2 mm Dicke angebracht waren, an den oberen äußeren Orbitalrand angelegt, daß die Strahlen von unten innen schräg nach oben außen verliefen. In 6 Sitzungen an je 2 aufeinander folgenden Tagen in Abständen von je 1 Woche in jedesmaliger Dosis von 1 ED. unter Aluminium (2 MA., 25 cm

Digitized by Google

Funkenstrecke, ED. in 18 Minuten) wurde die Verödung der Tränendrüse erreicht. Das Auge wurde mit dreifachen Bleigummiheftpflasterverband abgedeckt. Das Verfahren wird auch für alle Fälle von Tränenträufeln empfohlen. F. Harry-Berlin.

Röntgenologische Fortschritte im Bereiche der Physiologie, Pathologie und Diagnostik der Harnorgane durch vorwiegende und systematische Anwendung des Durchleuchtungsverfahrens, von Fritz Eisler-Wien. (Fortschr. d. Röntgenstr., 1922, Bd. 29, H. 1.) Gegenüber der photographischen Plattenaufnahme fördert die Durchleuchtung die Untersuchung von Niere, Ureter, Harnröhre, Harnblase durch: 1. Vermeidung von Bildnieten durch unvollständige Kontrastfüllung, da die Füllung ständig kontrolliert werden kann. 2. Möglichkeit, in der oft kurzen Zeit, während der die Füllung behalten wird, alle 3 Projektions- und Betrachtungsrichtungen zu gewinnen. 3. Ermittlung der räumlichen Ausdehnung der sichtbaren Ausgüsse bei Drehungen des Patienten oder Verschiebungen der Röhre, wobei das kontinuierliche Durchleuchtungsbild als Sucher nach Abweichungen und nach der meist charakteristischen Projektion verwendet werden kann. 4. Möglichkeit der Kombination mit Palpation mit den Ergebnissen: extrarenaler oder renaler Tumor respektive Resistenz bzw. Druckschmerzpunkt. 5. Verwertung der Bewegungserscheinungen, und zwar der respiratorischen, statischen und palpatorischen. 6. Steinlokalisation a) mittels der geometrischen Methode; b) mittels funktioneller Anhaltspunkte: mäßige respiratorische, statische und palpatorische Exkursion sprechen für die Niere, fehlende Exkursionen für retroperitoneale Konkretionen, große für intraperitoneale. 7. Extraktion von schattengebenden Fremdkörpern aus der Blase unter Leitung des Röntgenlichtes. 8. Großer Gewinn für die Erkennung der pathologischen Veränderungen der Form, Lage, Funktion der Wand durch nachbarliche Wandprozesse. E. Levin-Berlin.

Nochmals zur Frage der Röntgenschädigungen, von E. Lieck-Danzig. (D. m. W., 1922, Nr. 6, S. 192—193.) Erwiderung auf den Aufsatz von Kurtzahn (D. m. W., 1921, Nr. 34), der nach Ansicht des Verf. den Eindruck erwecken kann, als seien Röntgenschäden nur die Folgen fehlerhafter und unwissenschaftlicher Dosierung. Dringend erforderlich ist eine umfassende Statistik der Schädigungen aller Art, etwa in Form einer anonymen Sammelstatistik, um einen objektiven Überblick zu erhalten. Da in der Geschwulstbehandlung zwischen heilender und schwer schädigender Dosis eine nur schmale Grenze liegt, so kann sie auch von dem erfahrensten Röntgentherapeuten und bei Einhaltung aller Vorsichtsmaßregeln überschritten werden. Dazu kommt, daß es kein Meßverfahren gibt, das in einfacher Form genau die Menge der verabfolgten Strahlen angibt. Die Zahlen über verabfolgte Strahlenmengen sind nur für den jeweiligen Apparattyp gültig. Ferner ist die Strahlenempfindlichkeit der Haut individuellen Schwankungen unterworfen. Schließlich ist die Art der biologischen Wirkung der Strahlen auf das Gewebe zur Zeit so gut wie unbekannt. Auf Grund dieser Tatsachen hält es Verf. für unmöglich, daß Kurtzahn niemals Schädigungen gesehen haben soll. F. Harry-Berlin.

Die Heliotherapie der nicht tuberkulösen Affektionen, von Ernst Amstad-Leysin. (Schweiz. m. W., 1922, Nr. 5.) Die Haut hat eine wichtige physiologische Aufgabe zu erfüllen, der nur die der Lichtwirkung zugängliche Haut gerecht werden kann. Der ausgezeichnete Einfluß der Sonnenstrahlung auf das Allgemeinbefinden ergibt sich aus der Veränderung des Blutbildes; er beschränkt sich nicht auf tuberkulöse Individuen. Von nicht tuberkulösen Affektionen kommen für die Sonnenbehandlung als den Dermatologen interessierend besonders das Lymphogranulom in Betracht, bei dem sich eine ganz auffallende, wenn auch nur vorübergehende Beeinflussung zeigte. Bei der Syphilis spielt die Lichtbehandlung eine wichtige, die für die Heilung erforderliche Tätigkeit des Hautorgans unterstützende Rolle. E. Levin-Berlin.

Zur Technik der Quarzlichtbehandlung, von Fritz M. Meyer-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 5, S. 160—161.) Bei der Quarzlichtbehandlung kommt es nicht auf die Zeitdauer, sondern auf die Lichtmenge an, die in der einzelnen Sitzung verabreicht wird. Im wesentlichen bestehen die Wirkungen aus 2 Reaktionen, Erythem und Pigment. Ersteres spielt bei der Behandlung von Hautkrankheiten durch die Erzeugung einer reaktiven Hyperämie eine Rolle. Will man ein Organ in der Tiefe beeinflussen, so muß der ganze Körper bestrahlt werden, da die Strahlen nur indirekt wirken. Für den therapeutischen Effekt der Allgemeinbestrahlung ist die Pigmentbildung ein wesentlicher Faktor. Diese wird durch allmähliche Steigerung der Lichtmengen erreicht. Zur Erzeugung eines Erythems sind dagegen immer die gleichen Lichtmengen erforderlich. F. Harry-Berlin.

Digitized by Google

Auswertung des Höhensonnenlichts in spektralanalytischer und mikroskopischer Hinsicht, von Ed. Richter-Hamburg. (D. m. W., 1922, Nr. 11, S. 348 bis 349.) Während beim Sonnenspektrum die Farben kontinuierlich ineinander übergehen, ist das Farbenband im Höhensonnenlicht aus Platten mosaikähnlicher Felder zusammengesetzt, die sich scharf voneinander abgrenzen. Man sieht der Größe der Wellenlängen nach ein schwarzbraunes, bräunliches, in Rot übergehendes, hellgelbes, saatgrünes, dunkelgrünes, grünblaues, dunkelblau-violettes, ultramarinblaues, schwarzblaues und violettes Feld. Es folgen nun Angaben über Untersuchungen im Hg-Spektrum von Oxyhämoglobin und verschiedenen Chemikalien, die sich gut differenzieren lassen. Das helleuchtende Hg-Licht läßt sich auch zu mikroskopischen und Dunkelfeld-Beobachtungen heranziehen. F. Harry-Berlin.

Über praktische und biologische Höhensonnendosierung; Höhensonneneinheit, von Ph. Keller-Freiburg. (D. m. W., 1922, Nr. 11, S. 346—348.) Verf. gibt eine Modifikation der Meyer-Beringschen Methode zur Messung der Höhensonnendosis an. Man nimmt ein Becherglas von 5 cm Durchmesser und 100 ccm Inhalt und füllt es mit je 25 ccm einer 1%igen Jodkaliumlösung, einer 5,3%igen Schwefelsäure-, mit 6—8 Tropfen einer 1%igen Stärkelösung und 1 ccm $^1/_{400}$-Natriumthiosulfatlösung. Auf das Becherglas, das in der halben Entfernung des Brennerhautabstandes aufgestellt ist, wirken die Strahlen ein. Die Zeit, in der der Farbenumschlag in Blau eintritt, gibt die Höhensonneneinheit (HSE.) an, die einer mittleren Erythemdosis entspricht.
F. Harry-Berlin.

Zirkulationsstörungen.

Über allgemeines Ödem infolge ausgedehnter Lymphgefäßmetastasen bei Magenkrebs, von M. Schierge-Dresden. (Virch. Arch., Bd. 237, H. 1 u. 2, S. 129 bis 143.) Bei einem skirrhösen Magenkarzinom zeigt sich an den unteren Gliedmaßen und am Bauche bis zur Nabelhöhe ein Ödem. Ebenso ist der ganze rechte Arm stark ödematös, der linke dagegen weniger. Der obere Teil des Bauches, Brust und Gesicht sind frei. Das Lymphgefäßsystem des Ductus thoracicus ist hochgradig infiltriert, am geringsten das von Hals und Kopf. Karzinomzellenverbände in den Blutgefäßen werden nur vereinzelt angetroffen. Da der klinische Befund darauf hinweist, daß eine Herz- oder Niereninsuffizienz von vornherein sicher nicht bestanden hat und das Ödem klinisch als erstes Krankheitszeichen aufgetreten ist, bleibt nur die Annahme übrig, daß die Ödeme durch die frühzeitige Lymphgefäßkarzinose, ausgehend von dem Skirrhus des Magens, entstanden sind. G. Assmann-Kiel.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

In der Lupusheilstätte in Wien wurde eine Büste des Gründers der Anstalt weil. Prof. Eduard Lang enthüllt.

Prof. Richard Frühwald, Oberassistent der dermatologischen Klinik in Leipzig, wurde zum leitenden Arzte der dermatologischen Abteilung des städtischen Krankenhauses in Chemnitz ernannt.

Priv.-Doz. Dr. F. Walther Oelze, Assistent der dermatologischen Klinik in Leipzig, wurde vom Deutschen Roten Kreuz, Russisches Hilfswerk, beauftragt eine dermatologische Poliklinik im ehemaligen deutschen Alexanderhospital in St. Petersburg einzurichten.

Priv.-Doz. Dr. Soma C. Beck in Budapest wurde zum ordentlichen Professor an der vorläufig in Budapest untergebrachten und später nach Fünfkirchen (Pécs) übersiedelnden Elisabeth-Universität Preßburg ernannt.

Gestorben: Dr. I. A. Raices in Buenos Aires; Prof. G. Mazza, Direktor der dermatologischen Klinik in Pisa. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

15. Juli 1922 | Nr. 28 | Band 75

Aus dem Istituto Maragliano per lo studio della tubercolosi ed altre malattie infettive in Genua (Direktor: Sen. Prof. E. Maragliano).

Neue Ansichten über die Bewertung der Wassermannschen Reaktion in Hinsicht auf die Beschaffenheit des reaktiven organischen Zustandes und das daraus folgende therapeutische Verhalten.

Von

Dr. U. Rebaudi, Dozent an der Dermosyphilopathischen Klinik, und Dr. L. Sivori, Dozent der medizinischen Pathologie.

Es hatte den Anschein, daß die WR nach Ersatz des Antigens von Leberextrakt syphilitischer Föten durch eine Reihe der verschiedensten Extrakte von Organen gesunder Menschen und Tiere und sogar durch gewisse chemische Substanzen nicht nur jeden Wert als Immunitätsreaktion verloren habe, sondern auch, daß man deren Spezifität nicht anerkenne, weil man sie, obwohl in sehr beschränktem Maße, außer bei Syphilis auch bei anderen Krankheiten und bei sicher gesunden Individuen beobachtete. Der WR erging es wie fast einer jeden Entdeckung, daß nach Verlauf der ersten Periode des großen Enthusiasmus die schwachen Seiten entdeckt wurden, worauf ein Teil der Forscher sie ergrimmt zu vernichten suchte. Dann kommt das Stadium des Gleichgewichts, in welchem die Entdeckung richtig bewertet wird und deren Wichtigkeit unbestritten hervortritt.

So sah man bei der WR, daß sich die Relativität ihres spezifischen Charakters auf wenige Worte beschränken lasse: der Krankheiten, in denen ein positives Resultat erlangt werden kann, weit entfernt jedoch so konstant als für Syphilis zu sein, sind wenige; bei einigen, wie bei Lepra, besitzt das Serum bindende Eigenschaft bezüglich jeder Antigene, bei manchen Krankheiten, wie bei Scharlach, ist der Erreger unbekannt, bei anderen (Framboësie, Trypanosomiasis) kann von Gruppenreaktion gesprochen werden, und bei anderen sehr seltenen Fällen mag der Zweifel berechtigt sein, ob es sich nicht um begleitende angeborene oder erworbene Syphilisinfektion handelt, wenn nicht geradezu Seren in Betracht kommen, welche mit besonderem antikomplementärem Vermögen ausgestattet sind. Die beiden letzten Einwände können auch dann gelten, wenn die WR bei gesunden Individuen positiv gefunden wurde. Es blieb jedoch immer die Tatsache, daß, die Verschiedenheit der benutzbaren Antigene angenommen, es sich nicht um eine wirkliche Reaktion des Antigens und Antikörpers handelte.

Digitized by Google

In die Frage ist kürzlich Wassermann selbst eingetreten, welcher durch Untersuchung der Substanz, die jene nach ihm benannte Reaktion auslöst, und der Beziehung zur Sachs-Georgischen Substanz schlußfolgerte, daß die Bildung eines Aggregates (Wassermannsches Aggregat) vorliegt, welches ein Ambozeptor im Sinne von Ehrlich ist, mithin ein Antikörper, jedoch für die Lipoide, welche sich infolge des alterierten Stoffwechsels der Zellen des Organismus bildeten.

Ohne auf diese Ideen einzugehen, welche in der Serologie gänzlich neu sind, aber offenbar durch Wassermann schon experimentell mittels seiner Kontrollreaktion erprobt wurden, deren Modalität noch nicht bekannt ist, kann angenommen werden, daß die WR wirklich eine Reaktion zwischen Antigen und Antikörper sei. Diese Ansicht wird von Citron vollständig geteilt und unterstützt durch die interessanten Versuche von Citron und Munk, Blumenthal, Praussnitz und Stern, welche bei Kaninchen nach deren Injektion mit Leberextrakt syphilitischer Föten jene Modifikationen des Serums erhielten, charakteristisch für die WR, d. h. immunitäre Prozesse gegen den Syphiliserreger oder gegen spezifische Substanzen auslösend. Die Beziehungen der WR zur Luetinreaktion sowohl beim Menschen als auch beim Kaninchen sind ganz besonders aufklärend. Aber obwohl viele, und darunter sehr autoritäre Forscher, zugeben, daß die WR eine Antikörperreaktion habe, wollte man den Resultaten der Reaktion noch keine genaue Erklärung vom Standpunkte der Immunität aus geben, und es wird immer nur wiederholt, daß positive WR aktive Syphilis bedeutet, und negative WR obsolete, inaktive oder fehlende Syphilis. Dieser therapeutische Folgesatz will sagen, daß bei sehr positiver WR intensive Behandlung nötig ist, bei schwacher WR weniger intensive Kur; bei negativer WR bequeme, schwache Behandlung, oder daß diese ganz überflüssig sei.

Nun haben wir auf Grund eigener Beobachtungen und jener verschiedener Fachgenossen nach den gegenwärtigen Kenntnissen versucht, das Halbdunkel zu beleuchten, in welchem sich bei der gewöhnlichen Auslegung die WR häufig befindet, und sie auf ihre wirkliche Bedeutung als Immunprozeß zurückzuführen.

1. Vor kurzem veröffentlichte Christiansen (Hospitalstidende, 1921, Nr. 20), im Hospital von Kopenhagen elf Individuen angetroffen zu haben, welche schwere und ausgedehnte syphilitische Erscheinungen aufwiesen, ohne jede Vorbehandlung, und bei welchen die WR absolut negativ war.

Diese Tatsache ist gar nicht neu und wurde schon von anderen Autoren beobachtet. Wir selbst begegneten ihr öfters und erachten zwei derartige Fälle des Berichtes wert.

Ende Oktober 1919 untersuchten wir einen jungen robusten Mann von außerordentlicher physischer Kraft, welcher einen typischen Primäraffekt im Begriffe der Abheilung am Collum glandis aufwies. Wir machten fünf Einspritzungen von Galyl; als er im Dezember abreisen mußte, verordneten wir ihm eine Kur von 60 Pillen Quecksilberchlorid. Im Februar kehrte Pat. zurück mit nässender Papel am Munde; es wurden zwei Kalomeleinspritzungen gemacht, dann, als er sie schlecht vertrug, vier endovenöse Einspritzungen mit Neosalvarsan (0,60; 0,75; 0,90; 0,90).

Im Mai WR negativ. Im Juni begannen wir eine Reihe von Kalomeleinspritzungen, die nun besser vertragen wurden. Allein während der Kur entstanden am Munde nässende Papeln, welche im Juli nach vier Einspritzungen mit Silbersalvarsan verschwanden. Im September WR negativ. Im Oktober Schleimpapeln an den Lippen.

Digitized by Google

Der Pat. mußte verreisen und mangels anderer Kur nahm er 20 Flakons Pollinipulver mit sich.

Im Dezember kehrte Pat. mit Schleimpapeln an der Eichel zurück und wurde mit zwölf Kalomeleinspritzungen behandelt. Anfang März zeigten sich neue Erscheinungen in Form eines papulösen Syphilids am Hodensack, welches mit zehn endovenösen Sulfarsenoleinspritzungen behandelt wurde.

Im Juni WR negativ. Im Juli sahen wir den Pat. wieder mit nässenden Papeln an der Zunge. Die WR auch diesmal wieder negativ. Vier Neosalvarsaneinspritzungen. Pat. kehrte nach 20 Tagen mit eitrigen Papeln an der Wurzel des Penis zurück. Hierauf wurde eine Reihe Kalomeleinspritzungen versucht. Da die Heilung sich verzögerte, wurden einige Neosalvarsaneinspritzungen gemacht, aber im Dezember zeigten sich wieder die nässenden Papeln am Hodensack.

Die WR bleibt stets negativ. — Übrigens läßt das Allgemeinbefinden des Pat. nichts zu wünschen übrig; er nimmt mit gutem Resultat an athletischen Spielen teil, führt sehr regelmäßiges Leben, ist Antialkoholist und raucht nicht.

Mitte Dezember 1920 kommt ein junger Mann von 21 Jahren in das Ambulatorium mit ulzerösem primärem Schanker des Collum glandis. Es wurden sogleich endovenöse Neosalvarsaneinspritzungen gemacht. Nach der zweiten Woche schloß sich das Syphilom, aber nach der dritten Woche der Behandlung trat ein disseminiertes papulöses Syphilid mit einigen nekrotischen Elementen auf.

Ungeachtet des frühzeitigen und heftigen Auftretens solcher Erscheinungen blieb die WR vollständig negativ.

2. Nicolas und Charlet (Ann. de Derm. et de Syph., 1914) veröffentlichten vor einigen Jahren eine Arbeit, welche unseres Wissens keine Nachfolge fand. Die Autoren untersuchten die Schwankungen der WR, indem sie diese serienweise bei Syphilitischen anwandten; eine an Beobachtungen und interessanten Deduktionen reiche Arbeit. Sie schlußfolgerten, daß bei Syphilitischen die WR oftmals, aber nicht immer Modifikationen unter dem Einflusse spezifischer Kuren darbietet. Abschwächung oder Verschwinden der WR verfolgen keine regelmäßige Kurve, sie treten häufig nur momentan auf, und es kommt öfters vor, daß sich eine bestimmte Reaktion in einige Reaktionen entgegengesetzter Richtung einschiebt. Die Modifikationen der Reaktion sind nicht immer parallel den Modifikationen der Läsionen.

Nach sieben Monaten wöchentlicher Reaktionen wollten die Autoren dennoch keine Deduktionen über die Prognose der Krankheit und über die Klassifikation der Therapeutik ziehen, aber ihre Schlußfolgerung war, daß die WR kein therapeutischer Führer von großem Wert sein kann.

Die scheinbaren Widersprüche von Fällen schwerer syphilitischer Erscheinungen mit negativer WR, und die desolate Schlußfolgerung der bedeutenden Arbeit Nicolas' und Charlets, welche dennoch von großer Wichtigkeit bezüglich der gegebenen Feststellungen ist, sind die Frucht der Gewohnheit, mit welcher gemeinhin die WR betrachtet und beurteilt wird, ohne gebührende Beachtung der Immunerscheinungen, welche sich im Organismus bei syphilitischer Infektion abspielen.

Dagegen wird man bei Annahme, daß die WR eine Bewertung der wirklichen Bedingungen des organischen Reaktionszustandes ausdrückt, nicht nur der Negativität und Positivität dieser Reaktion eine verschiedene Bedeutung beilegen, sondern je nach ihrem Resultat werden wichtige Indikationen hinsichtlich der zu befolgenden Behandlungsweise zu erreichen sein. Nach unserer Ansicht ist der offenbare Widerspruch klar vor Augen, welcher zwischen dem Originalbegriff besteht, was die WR

Digitized by Google

in ihrem Konstitutionsmechanismus beweisen wollte, und den therapeutischen Indikationen, welche in der Folge angenommen wurden.

In der Tat, wenn man bei Bewertung der WR z. B. mit dem Maße einer tuberkulären Immunreaktion, sei es als biologischer Ausdruck, sei es als rein chemische Erscheinung, einig ist, daß die beweisbaren Prinzipien gerade jene sind, welche durch das neue Verhalten erzeugt wurden, in dem sich ein durch das syphilitische Gift gereizter Organismus befindet, wäre die Indikation einfach und natürlich, welche aus solcher Feststellung spontan hervorging: nämlich mit größerer Dringlichkeit die Fälle mit schwacher WR zu behandeln, und die Individuen mit starker WR einer nicht dringenden Behandlung zu unterziehen. Eine Behauptung, welche im Gegenteil manchem paradox erscheinen wird!

Es liegt jedoch eine Ursache vor in dieser ungenauen Beurteilung der WR, da sie, hervorgehend als rein immunitärer Ausdruck, in dem Zeitpunkt an das Licht trat, in welchem alle infektiösen Krankheiten nach der Methode Bordet und Gengou angesehen wurden, indem nämlich in den Seren die bakterischen Antikörper augenscheinlich gemacht wurden. Analog ist die WR als ein indirektes Mittel ausgelegt worden, um die syphilitischen im Serum enthaltenen Antigene zu beurteilen. Allein als es zum Beweis der Antigene neben den Antikörpern kam, gelangte man zur Überzeugung, daß durch die Feststellung der vorhandenen Antikörper nicht in korrekter Weise die entsprechende Quantität von im Organismus bestehenden Antigenen gefolgert werden kann.

Gegenüber der Unmöglichkeit, für die Syphilis bis heute künstlich hergestellte Immunseren zu erhalten zwecks Feststellung der spezifischen, in einem Serum enthaltenen Gifte, konnten die Antigene noch nicht gegenüber den Antikörpern abgemessen werden. Andererseits führt die Kenntnis des gewöhnlich umgekehrt proportionalen Verhaltens, welches zwischen den reaktiven und erregenden Substanzen besteht, zur Annahme, daß, wenn die WR wirklich als biologische Erscheinung anzusehen ist, sie uns weder mit ihrer Positivität noch mit ihrer Negativität ein sicherer Hinweis auf das antigene Verhalten sein kann.

Es ergibt sich mithin die Notwendigkeit, mit kritischem Verständnis den Wert einzuschätzen, welcher der serumdiagnostischen Forschung beizumessen ist, hinsichtlich der Bedingungen des reaktiven Zustandes des Organismus und folglich des therapeutischen Standpunktes.

Welche Bedeutung kann eine negative WR haben? Wir setzen voraus, daß wir bei Besprechung der negativen WR uns einzig auf die serumdiagnostische Beobachtung, längere Zeit nach der Kur, zu beziehen gedenken, zum Zwecke der Bewertung der wirklichen organischen Reaktivität.

Die negative WR, welche sogleich nach einer entsprechenden Kur auftritt, kann uns infolge der Zeitverhältnisse kein getreues Bild des organischen Verhaltens geben. Sie vermag nur zweierlei zu beweisen: entweder die vollkommene Genesung, also nichtbestehende Syphilis, oder obsolete Syphilis. In letzterem Falle, dem möglicherweise nach längerer Zeit erneutes Aufleben der Infektion und Rückkehr der positiven WR folgt, muß die Negativität als der vorübergehende Ausdruck einer Sterilisierung des Organismus gegen die aktiven zirkulierenden Treponema

Digitized by Google

angesehen werden. Auch der Einwand hält nicht Stich, daß durch die Vernichtung der von den betreffenden Arzneien getöteten Spirochäten der Organismus reagieren und sich folglich eine positive WR ergeben sollte, da in diesem Falle bei der vorübergehenden und massiven Erregung eine Reaktion unmöglich ist, weil der Anreiz übertrieben gesteigert ist im Vergleich zur Potentialität der organischen Reaktivität.

Dagegen kann die negative WR längere Zeit nach der Kur ein wirkliches Nichtvorhandensein der Syphilis oder eine luetische Infektion anzeigen, welche infolge der besonderen Zustände des Organismus die Produktion jener reaktiven, durch die Reaktion hervorgerufenen Elemente nicht gestattet. Außerdem können noch andere Ursachen zu irrtümlicher Auslegung führen, welche jedoch nur den Mechanismus der Technik betreffen.

Im ersten Falle — wirkliches Fehlen der Syphilis — gibt die Reaktion einen reellen, von allen angenommenen Befund, während man im zweiten nichts als die Möglichkeit besonderer Zustände des Serums, des Antigens, kurz der Substanzen, welche bei der Reaktion beteiligt sind, in Betracht zieht, so daß sich ein irrtümliches Resultat ergibt.

Es scheint uns jedoch, daß auch der zweite Fall logisch vollständig beachtbar angesehen werden kann.

Wenn in der Tat das zu untersuchende Individuum infolge mangelhafter organischer Reaktivität sich gewissermaßen unter der Macht der syphilitischen Infektion befindet, so werden die reaktiven Elemente, welche der Organismus erzeugen wird, sehr spärlich sein, oder wenigstens werden sie nicht im Serum in jener mittels unserer Forschungsmittel zur Hervorhebung hinreichenden Quantität vorhanden sein. Dabei sei erinnert, daß es uns mit der WR nur gelingt, einzig die Produkte augenscheinlich zu machen, welche durch den Reiz infolge der Anwesenheit des Syphilisgiftes im Organismus erzeugt wurden.

Dies dürfte uns folglich zur Annahme leiten, daß die negative Reaktion, falls sie nicht Ausdruck fehlender Infektion ist, den Hinweis auf ungenügende organische Reaktion bildet, gegenüber der bestehenden und zu jenem Zeitpunkt über die Verteidigungsenergie des Organismus vorherrschenden luetischen Infektion. Zur Beurteilung, in welchem der beiden erwähnten Zustände sich der Organismus befindet, steht uns eine sehr wirksame Methode zur Verfügung, nämlich die sogenannte Probe der Reaktivierung (Milian, Gennerich).

Für jene, welche diese Methode noch nicht nach ihrem Wert beurteilten, oder welche sie ausschließlich einer chemischen, willkürlich mit Salvarsaneinspritzungen hervorrufbaren Tatsache zuschrieben, führen wir die neueste Arbeit von Silberstein (Arch. f. Derm., 1921, Bd. 132) an, welcher bei 50 „sicher luetischen“ Individuen die Reaktivierung bei 35 Individuen, also bei 70 % erhielt (30 % negativ waren nur im Anfangsstadium befindlichen Papeln zuzuschreiben); bei 38 „wahrscheinlich noch Luetischen“ erhielt er sie bei 55 %, und bei 18 „wahrscheinlich Geheilten“ hatte er kein positives Resultat. Ebenso hatte er keine Aktivierung der WR bei 19 mit Salvarsan eingespritzten Kontrollen.

Wenn also in einem Falle negativer WR das Objekt dieser Probe unterzogen wird, kann sich als Resultat entweder das Bestehen der Negativität oder das Auftreten der Positivität der Reaktion ergeben.

Digitized by Google

Letzteres Ergebnis würde eine latente Syphilis bestätigen, und es wäre dessen Mechanismus in sehr einfacher Weise zu erklären mit der Annahme, daß die Inokulation der festgesetzten Dosis spirochätentötender Substanz einen der nachfolgenden Zustände auszulösen imstande sei.

Der erste Zustand wäre die Umlaufsbeförderung der syphilitischen Antigene, welche sich von der Zersetzung der Treponema durch die zerstörende Wirkung der angewandten spezifischen Produkte herleiten.

Der zweite Zustand würde durch die für den Augenblick entgiftende Wirkung des eingespritzten Produktes dargestellt, da wegen der Entfaltung seiner spirochätentötenden Eigenschaften der Infektionszustand vom quantitativen Gesichtspunkte aus erleichtert würde, und der Organismus unter der entgiftenden Wirkung sich in einem Zustand befände, welcher denselben zur Erzeugung der reaktiven Elemente empfänglicher macht, und zwar in dem Maße, daß sie durch die WR hervortreten.

Die Betrachtung dieser beiden möglichen Tatsachen kann nur theoretisch sein, weil in praktischer Hinsicht zugegeben werden muß, daß sie einander folgend auftreten, indem der spirochätentötenden Wirkung einerseits mit Erleichterung des infektiösen Phänomens der Reiz zur organischen Reaktion folgt, andererseits die Erhöhung der Reaktivität aller Gewebe.

Sobald mit der Reaktivierung die WR stets negativ bleibt, muß diese Tatsache voraussichtlich zu dem Schlusse ermächtigen, daß eine syphilitische Infektion nicht besteht.

Von diesem Gesichtspunkte aus läßt sich dies ungewöhnliche Verhalten der WR in den Fällen zahlreicher Autoren und in den unsrigen wohl erklären. In diesen ist das Ausbleiben der Positivität, während schwere Erscheinungen bestehen, das Merkmal ungenügender organischer Reaktion, eine Tatsache, welche durch die Wiederholung der Hauterkrankungen selbst nach intensiver und langer Behandlung vollauf bestätigt wird. Welcher Beweis könnte klarer sein als der erste unserer angeführten Fälle? Ein Syphilitischer, bei welchem die organische Reaktion auf Null zurückgeführt ist, findet nach keiner auch noch so energischen, auch noch so andauernden oder verschiedenen Behandlung irgend welche Besserung; ja die Erscheinungen befallen ihn manchmal gerade zur Zeit einer Kur. Ist ferner die hartnäckig negative WR nicht die offenbarste Bejahung des absoluten Fehlens der Reaktivität in diesem sonderbaren Falle?

Hier bewährt sich die Beobachtung, welche gewöhnlich bei syphilitischer Infektion gemacht werden kann, daß der Grad der organischen Reaktivität nicht von dem allgemeinen Zustand des anscheinenden Wohlbefindens getreu wiedergespiegelt wird, indem gar nicht selten das gerade Gegenteil stattfindet, und in unserem Falle handelte es sich um einen Athleten, bei welchem Muskelkraft und Körpergewicht sich nicht im mindesten beeinträchtigt erwiesen. Im Gegensatz zur tuberkulösen Infektion greift die syphilitische in der Mehrzahl der Fälle weniger edle Organe an, und bei der Wichtigkeit, welche im Sinne direkter Beziehung jegliche Infektion hinsichtlich des von ihr betroffenen Organes annimmt, ist zu beachten, daß besonders die Hautinfektion durch die Möglichkeit beschränkterer Lokalisation andauernde Läsionen verursacht, ohne daß diese dem Anschein nach auf die organischen Zustände einwirken.

Digitized by Google

Nun sei die Frage erörtert, von welcher Bedeutung die positive WR ist. Sie kann eine aktive syphilitische Infektion bezeichnen, und darin stimmen alle Autoren überein. Manchmal jedoch ist die WR beständig positiv bei Individuen, welche an Syphilis gelitten, seit Jahren jedoch keinen Rückfall mehr hatten und intensiven und regelmäßigen Kuren unterzogen worden waren und daher klinisch als genesen angesehen werden könnten. In diesen glauben wir, daß die positive WR meistens als Ausdruck überstandener syphilitischer Infektion aufzufassen und ihr Fortbestehen einer positiven Agglutination vergleichbar sei nach einem vor längerer Zeit überstandenen Typhus. Wir schließen jedoch immer die allenfalsigen Irrtumsursachen, wie wir schon bei der negativen WR erwähnten, aus. Aber sowohl im ersten als auch im zweiten Falle hat die Positivität stets Wert als organischer Reaktionszustand.

Im ersten Falle ist diese Positivität ein Hinweis auf den Intensitätsgrad größerer oder geringerer Reaktionspotenzialität. Im zweiten Falle ist sie der Ausdruck seitens der organischen Verbindung eines besonderen, gewissen Organismen eigenen Verhaltens der Gewebe, welche den Reiz bestimmter Antigene nach langer Zeit noch verspüren, oder besser gesagt, den Reiz erinnern und folglich in der Erzeugung reaktiver Elemente für längere Zeit fortfahren. In diesem Falle steht die Positivität der WR im gleichen Verhältnis wie die allergischen Hauterscheinungen zum Tuberkulin, zu Sporotrichin, zu Trichophytin bei geheilter Tuberkulose, Sporotrichose, Trichophytie.

Mithin muß, wie schon erwähnt, die Positivität der WR stets als Ausdruck der reaktiven Fähigkeit aller organischen Gewebe angesehen werden.

Obwohl der Fall positiver WR bei geheilter Syphilis praktisch sehr viel seltener ist als jener der negativen WR bei aktiver Syphilis, ist die Differenzierung der beiden erwähnten Zustände dieses identischen organischen Verhaltens nötig, um auch hier zur Reaktivierung zu gelangen. Mit ihr werden die beiden Eventualitäten möglich: das Verschwinden oder Andauern der Positivität.

Wenn die Reaktion verschwindet oder schwächer wird, so stellt die positive WR nur einen verzögerten Reaktionszustand auf erloschene syphilitische Infektion dar, und das Andauern der Reaktion ist der Erinnerung zuzuschreiben, welche die Gewebe von dem ihnen in verflossenen Zeitperioden übermittelten Reize haben.

Wenn die Reaktion anhält oder sich verstärkt, so beweist dies, daß die positive WR eine aktive Syphilis anzeigt, da die Einführung spirochätentötender Substanzen, wie im Falle der oben besprochenen Negativität, bei ihrer Verstärkung nur günstige Bedingungen mit sich bringt, sei es durch Zerstörung pathogener Elemente und mithin Erhöhung der organischen Reaktionsfähigkeit, sei es durch den Reiz zu neuer Erzeugung, welcher von den durch die Kolliquation der Treponemen hervorgerufenen Antigenen ausgeht.

Aus dem Gesagten ergibt sich mithin eine Deduktion von hoher praktischer Wichtigkeit, nämlich, daß sowohl im Falle positiver als auch negativer WR stets nach Reaktivierung zu streben ist zum Zwecke, mittels des zweiten Befundes den in der ersten Reaktion erhaltenen abschätzen zu können.

Digitized by Google

Es gibt noch ein anderes Mittel, dessen wir nur erwähnen, weil es bis heute nicht allgemein im Gebrauch ist; es besteht in Einspritzungen von Luetin, welches teilweise die Wirkung des Salvarsans besitzt, indem es das an eine beliebig gewählte Stelle gebrachte Antigen in Zirkulation versetzt. Es ist indes hinreichend, die Reaktivierung mittels der speziellen, von Milian und Gennerich vorgeschlagenen Methode zu bewerkstelligen, d. h. eine schwache Dosis Salvarsan oder Quecksilberpräparat einzuspritzen und das nach einer gewissen Zeitperiode entnommene Blutserum zu untersuchen.

Zusammenfassend glauben wir, daß es für die Bedeutung der WR nötig ist, und zwar mehr wie ihre Aufstellung als Standardisierung, was gegenwärtig dringlich vorgeschlagen wird, sie nämlich stets individuell einzuschätzen oder auch im Verhältnis zu den besonderen Bedingungen, in denen sich der Patient befindet. Denn die WR, obgleich ein höchst beachtenswerter Versuch, verliert ihre Existenzbedingung, wenn sie, wie es leider gewöhnlich in den biologischen Instituten vorkommt, für sich ausgeführt wird, ohne ergänzende Kenntnisse der genauen klinischen Zustände, in denen sich zu jenem Zeitpunkte die zu untersuchende Person befindet, der Zeit, in welcher jede Kur aufhörte, der Fortsetzung der Behandlung in ihren Beziehungen zu den bestehenden Erscheinungen und den Rückfällen.

Der Befund für sich allein besagt wenig, besonders in der heute gewohnten Betrachtungsweise, er führt bei der therapeutischen Verwendung in Irrtum.

Wenn dagegen dem klinischen Kriterium der Wert eines biologischen Befundes, welcher jenem nicht widerspricht, beigefügt wird — in immunitärem Sinne, welchen wir uns zu erläutern vornahmen, verstanden —, dann wird die Behandlungsindikation sich von selbst ergeben und wahrhaft nützlich sein.

In den Hauptlinien dargestellt, wird also das Verhalten dem Resultat der WR gegenüber unserer Auffassung gemäß das folgende sein:

a) WR negativ, gefolgt von WR negativ, nach Reaktivierung: Syphilis mutmaßlich nicht bestehend.

b) WR negativ, gefolgt von WR positiv, nach Reaktivierung: Syphilis in Aktivität, und daraus folgernd der Rat, die Kur einzuleiten und zu verstärken.

c) WR positiv, gefolgt von WR negativ, nach Reaktivierung: Syphilis mutmaßlich geheilt. Es ist ratsam, die Probe nach einem gewissen Zeitraum zu wiederholen.

d) WR positiv, gefolgt von WR positiv, nach Reaktivierung: aktive oder abgeschwächte Syphilis, aber stets mit gleichzeitiger Anwesenheit nützlicher organischer Reaktivität, mit Indikation der Notwendigkeit einer mehr oder minder reizlosen Kur je nach dem Intensitätsgrad der Reaktion.

Digitized by Google

Zu Nourneys Immunitätsbehandlung der Geschlechtskrankheiten.

Eine kurze Bemerkung zur Therapie der Gonorrhoe und der Syphilis.

Von

Ernst Delbanco in Hamburg.

In der letzten Nummer dieser Wochenschrift vom vergangenen Jahre kommt Nourney noch einmal auf seine zuerst 1919 an gleichem Ort veröffentlichte Methode zurück: Durch Verwendung von Eigenblut auch bei Sexualleiden Immuntherapie zu treiben. Er nennt diese Methode Vebli. Dem Pat. wird das eigene Venenblut subkutan indiziert. In unzähligen Fällen der verschiedenen Infektionen hatte dem Autor diese Venenblutinjektion „eine Änderung am Lokalherd sowohl als auch deutliche Allgemeinreaktion hervorgezaubert". Dies führte ihn zu dem Schluß, daß sämtliche bazillären Infektionen zunächst eine Allgemeininfektion sind, und daß die diagnostizierbaren Lokalherde eine spezifische Reaktion sein können. Nourney fährt dann fort: „Die Hoffnung, daß gerade die Dermatologen sich begeistert mit der Venenblutinjektion beschäftigen würden, hat sich nur spärlich erfüllt. Warum? Erfolge, die der Kritik standhalten, wurden vermißt[1]). Eine Kritik mit Zweifeln an der Tatsache, daß bei sämtlichen Infektionen eine Naturheilung durch Selbstimmunisierung in unzähligen Fällen beobachtet wird, darf die Venenblutinjektion nicht aburteilen. Venenblutinjektion fördert Naturheilung."

Nourney streift dann kurz seine Erfolge bei der akuten und chronischen Gonorrhoe, bei welcher die Vebli die gonokokkentötenden Mittel überflüssig macht, sowie seine äußerst interessanten und eine Nachprüfung dringlich erheischenden Erfahrungen bei der Syphilis in ihren verschiedenen Stadien.

Durch Nourneys kurzen Aufsatz fühle ich mich getroffen. Obige gesperrt gedruckten Worte sind eine wörtliche briefliche Äußerung von mir an ihn. Nourney kann versichert sein, daß mir nichts ferner lag als eine Herabsetzung der Methode, wenn ich ihm von noch ausstehenden Erfolgen Kenntnis gab, darf mir weiter glauben, daß ich der letzte bin, der einen Zweifel an der Möglichkeit einer Selbstimmunisierung des Körpers bei unzähligen Infektionen hegt. Es ändert hieran nichts, wenn ich für Selbstimmunisierung im Sinne Pirquets lieber von einer allergischen Umstimmung des Körpers (bis an die Grenze der Unempfindlichkeit) sprechen möchte. Meine kritische Haltung, die ich z. B. der Salvarsantherapie von ihrer Geburtsstunde an entgegengebracht habe, die ich mir ohne übertriebene Bescheidenheit als ein Verdienst anrechne, und die mir gemeinsame Arbeit mit Ehrlichs Nachfolger und sein vielseitig anregendes Interesse gebracht hat, läßt mich keinen Tag von dem beklemmenden Gefühl frei werden, wie weit wir in den Fällen, wo wir

[1]) Im Text nicht gesperrt gedruckt.

Digitized by Google

mit der Salvarsantherapie nicht zu einer völligen Sterilisierung des Organismus gelangen, die natürliche Abwehrreaktion des Körpers stören. Dem habe ich genug Ausdruck gegeben. Ich möchte lieber von einer Abwehr- als einer Immunreaktion sprechen.

Aber noch etwas anderes zwingt mich das Wort zu nehmen. Wie käme gerade ich dazu, dem hochverehrten Autor entgegenzutreten, auf dessen Arbeiten ich durch unseren Hamburger Oberimpfarzt Paschen hingewiesen wurde und der mich zu einem erneuten Studium des klassischen Werkes [1]) von Pirquet: „Klinische Studien über Vakzination und vakzinale Allergie" angeregt hat. In diesem Werke stößt man immer und immer wieder auf Nourneys nun schon so weit zurückliegende Arbeiten, welchen Pirquet eine zweifellose grundsätzliche Bedeutung zuerkennt. Therapeutische Empfehlungen eines solchen Autors wiegen doppelt schwer.

Weiter bringt mich dem Autor sein Bestreben so nahe, andere Wege in der Gonorrhoetherapie zu wandeln. Mit ihm glaube ich, daß wir uns auf einem Irrwege befinden, wenn wir die alleinseligmachende Kraft der Silbersalze, die Unentbehrlichkeit der Injektionen und die große Bedeutung der Dilatatoren lehren. Ich will es hier noch einmal aussprechen: Die Prognose auch der männlichen Gonorrhoe ist eine viel schlechtere, als wir bislang geahnt haben. Buschke hat mit seinem auf dem Hamburger Dermatologenkongreß geäußerten Pessimismus vollkommen recht.

Ohne die kulturelle Prüfung unserer vermeintlich geheilten Fälle ist ein Werturteil über unsere Gonorrhoetherapie gar nicht möglich. Noch im Laufe dieses Jahres werde ich mit Dr. Lorenz vom Hamburger Hygienischen Institut darüber berichten.

Worauf ich heute aber vor allem hinaus will: Niemand kann an dem Gedankengang Nourneys vorüber, zu welchem er durch das Studium der Erscheinungen nach einer Vebli gekommen ist, welche nach ihm im gewissen Sinne auch die Folgen einer Superinfektion mit eigenen Bakterien aus einem spezifischen Reaktionsherd sind. Vor mir liegt eine größere Abhandlung Nourneys, aus welcher obiger Aufsatz nur ein kurzer Auszug ist, in ihr stellt er die These auf:

„Jede Erstinfektion ist in erster Linie eine Blutinfektion. Das Blut befindet sich in dem völlig für sich isolierten Gefäßsystem. Ist das Blut für sich nicht mehr imstande, eine Infektion zu meistern, so werden im Kapillarsystem, unter vorherrschender Beteiligung der Lymphozyten, aber auch der sämtlichen Organgewebe, welche im Prodromalstadium auf den spezifischen Kampf automatisch eingedrillt sind, ganz intakte Kraftreserven ausgenutzt.

Alle Lokalerscheinungen im Kapillargebiet sind Ausdruck dieser Krisis. Sie sind spezifische Reaktionen, deren Endziel die Immunität gegen den betreffenden Krankheitserreger ist, und deshalb mit Fug und Recht Immunitätsreaktionen genannt werden müssen [2])."

---

[1]) Deuticke, Leipzig und Wien 1907. — [2]) N.s Gedanken müssen uns m. E. so schwierig erscheinen, weil er den Begriff der Blutinfektion anders auffaßt, als er heute allgemein angenommen wird. Wenn er von spezifischer Einstellung oder Kampfeinstellung des Blutes sprechen würde, kämen wir uns schon näher. Damit würde auch seine „Superinfektion" eine andere Deutung erfahren, natürlich letzten Endes in dem Sinne des Ergebnisses einer Antikörpersteigerung. Von Antikörpern will aber N. nichts wissen.

Digitized by Google

Übertragen wir den in dieser Form noch genug Angriffsflächen bietenden Gedankengang in seinem Kern auf die Syphilis. Mit dem Auftreten des Primäraffektes wäre dann schon der erste Kampf des Blutes mit dem Gift vorüber. Hierzu passen gut die gelegentlichen Impferfolge mit dem Blut von Schankerpatienten, die sich noch in der seronegativen Phase befinden. Die klinische Einteilung der Syphilis wäre dann die Einteilung nach Etappen, auf welchen der Organismus dem gefährdeten Blut zu Hilfe kommt. Zuerst setzt die Allergie der Lymphbahn mit ihren Drüsen ein, die zur Eintrittspforte gehört. Eine zweite, stärkere Hilfe leistet das gesamte, die Blutgefäße tragende Stützgewebe. — Die Roseola spielt sich ja nicht nur auf der Haut ab, ihre analogen Symptome sind ebenso gut auf den Meningen — ich sprach von einer Roseola der Meningen längst, bevor man daran dachte, Syphilitische zu lumbalpunktieren — und in anderen Organen. Die dritte Etappe wäre dann gekennzeichnet durch die Beteiligung des eigentlichen Organparenchyms.

Folgen wir jetzt Nourney weiter. Er zweifelt an einer sterilisierenden Wirkung der Spezifika; Arsen sowohl wie Hg sind für ihn Zellgifte, welche die zellulären Reaktionsgifte so schwächen können, daß eine spezifische Reaktion ausbleibt oder zurückgebildet wird. Solche Zellgifte haben unter Umständen einen hohen Wert, wo die Allgemeininfektion durch übermäßige lokale Reaktionen an unliebsamen Orten lebensgefährlich werden kann und auf ein erträgliches Maß zurückgeschraubt werden muß.

Von eigenartigem Interesse ist es übrigens — wenn ich es hier einschalten darf —, daß Kolle, von einer ganz anderen Seite kommend, zu einer gleichen Auffassung über die Wirksamkeit des Hg bei der Syphilis gelangt. Für ihn ist das Hg ein Protoplasmagift, welches den Spirochäten die Haftung an der Zelle erschwert.

Nourney wird, wenn er die neuere Literatur zur Luestherapie verfolgt hat, mit einer gewissen Befriedigung auf sein Lebenswerk blicken. Vor allem die jüngeren Autoren stehen unter dem Banne der viel diskutierten und problemreichen Reiztherapie, die durch August Biers Autorität einen mächtigen Impuls erhalten hat, und all der neueren Bestrebungen, die erst ganz neuerdings wieder in Hans Much ihren beredten Sprecher gefunden haben, durch unspezifische Reize die spezifische Abwehr der Zelle zu steigern. Mögen sich die Ärzte aber hüten, auf diesem biologischen Umweg zu Anwälten einer einseitigen und sehr gefährlichen Naturheilkunde bei der Syphilis zu werden.

Schreiten wir jetzt auf Nourneys Wegen weiter. Wir kennen gut ein weiteres Stadium der Syphilis, das das Furchtbarste vom Furchtbaren für den Menschen bedeutet. Eine Binsenwahrheit bereits, daß Tabes und Paralyse echt syphilitische Erkrankungen sind. Wir wissen aber — vor allem durch die Forschungen des Hamburger Neurologen Jakob —, daß das Gehirn des Paralytikers nicht mehr die Kraft hat, in irgend welcher spezifischen Form anatomisch auf die massenhaften Spirochäten zu reagieren. Die ganz vereinzelten miliaren Gummata bedeuten geradezu die krampfhaften Versuche des Gewebes, zu einer Reaktion sich aufzuraffen. Mit dieser Erkenntnis jedoch muß jederzeit mit flammenden Buchstaben vor unseren Augen stehen, daß wir Ärzte niemals auf die allergische Kraft des Organismus uns allein bei der

Digitized by Google

Syphilis verlassen dürfen, daß, ob mit oder ohne unser Zutun, diese spontane Umstimmung des Organismus eines Tages erlischt, mit den allerschlimmsten und nicht mehr auszugleichenden Folgen für den Organismus. Für sich bedeutet es daher ein Verhängnis, wenn gerade die jüngere Ärztegeneration sich dazu hergibt, den experimentellen und chemo-therapeutischen Bestrebungen in den Arm zu fallen, welche darauf gerichtet sind, den Körper radikal von dem in ihn eingedrungenen Gift zu befreien. So wenig heute jemand sich finden dürfte, der die Abortivbehandlung der Syphilis nicht mit ausbauen möchte, so sicher stehen wohl auch heute alle Syphilologen zusammen, um den syphilitisch infizierten Organismus gegen die Paralyse zu schützen. Welcher Weg heute der aussichtsvollere ist, entscheidet sich unschwer.

Der mit gifttötender Waffe Kämpfende wird schließlich doch siegen über denjenigen, der sich auf die noch so großartigen Abwehrkräfte des Organismus verläßt. Keine Partei wird vorderhand des wundertätigen und in seiner Wirkungsart noch ungeklärten Quecksilbers entraten wollen, das, um der tiefernsten Angelegenheit den milde verklärenden Humor zu lassen, von beiden Parteien mit gleicher Inbrunst in Anspruch genommen wird.

Gewarnt sei also nochmals, wer den Mut haben sollte, Nourneys heroischen Spuren zu folgen, die Initialsklerose sofort mit einer Vebli und hinterher nur mit hygienisch-diätetischen Maßnahmen zu behandeln. Mit Recht bezeichnet sich Nourney als den einzigen überzeugungstreuen Allergisten. Zugegeben, daß die Vebli rein praktisch erprobt eine große Steigerung der Immunreaktionen bedeute und sich weit über die reine Naturheilmethode erhebe: dann bleiben für die endgültige Bewertung der Methode immer noch die Schwierigkeiten, die gar nicht oft genug betont werden können. Wir selbst haben sie scharf skizziert, als mit der Salvarsanära die Begeisterung für den Ictus gravis einsetzte, wiederholten sie, als die Abortivbehandlung ihre Lobredner fand. Nur eine Ärztegeneration kann entscheiden, ob die Patienten frei von Tabes und Paralyse bleiben. Dabei waren Ictus gravis und Abortivkur experimentell und klinisch ganz anders und viel höher zu bewerten. Was heißt Heilung bei der Syphilis, deren chronischer Verlauf nur von einer Symptomfreiheit über viele Jahre zu reden gestattet. Meirowsky und Leven, wir und andere haben solches laut genug bekannt. Nur die Reinfektion gestattet die Diagnose: Heilung der Syphilis. Ein dem Zufall überlassener Beweis.

Die vorliegenden kurzen Zeilen nahmen ihren Ausgang von unseren Erfahrungen mit der Vebli bei der Gonorrhoe. Inzwischen habe ich weitere gesammelt, habe bei Männern heftige Infektionen, die noch keine Folgen und Komplikationen nach der Seite der aszendierenden Gonorrhoe, nach der Seite der Prostata und Samenblasen zeigten, nur mit der Vebli 2—3mal wöchentlich behandelt. Für mich ein rein praktischer Versuch. Über wirkliche Erfolge bin ich mir wieder nicht klar geworden; ohne Einfluß scheint die Methode nicht zu sein, so daß ich sie fortsetzen werde. Ein plötzliches Aufhören des Ausflusses und eine merkliche akute Besserung in der dritten Woche haben mich einige Male gefesselt, schienen nicht zufällig zu sein. Aber Nourneys Ideen haben auch hier

Digitized by Google

mich angeregt. Sollte auch bei der Gonorrhoe das erste eine Abstimmung des Blutes, eine Einstellung des Blutes auf die Infektion sein? Wie ist das Krankheitsbild zu deuten, dem wir gar nicht so sehr selten begegnet sind, die sogenannte metastatische stets doppelseitige Konjunktivitis bei den stürmischen Fällen einer akuten Gonorrhoe? Selbst die Handbücher der Augenheilkunde bringen nicht viel über sie. Fuchs nennt nur wenige Autoren, die sich mit ihr befaßt haben. Der mangelnde Gonokokkennachweis in den serösen Ausscheidungen der Konjunktiven nahm uns jedesmal die erste Angst. Der Ophthalmologe stellte die Diagnose auf Anhieb. Liegt eine Immunitätsreaktion seitens der allergischen Konjunktiva vor? Vernichtet die Konjunktiva die in sie mit dem Blutstrom geschleuderten Gonokokken? Die mehr diskutierte Toxinhypothese will uns nicht in den Sinn, wo wir von dem im Blut kreisenden Gonotoxin so wenig wissen. Eine Immunitätsreaktion angenommen: wäre sie klinisch und experimentell zu verwerten?

Für die Herdwirkung seiner Vebli bei der Syphilis lehnt Nourney Antikörper strikte ab. Wie erwähnt, sind diese Herdreaktionen für ihn der Ausdruck gesteigerter Energien vitaler Vorgänge. Stoßen wir uns nicht an diesen Begriffsbildungen. In exakter Form ist allerdings bislang der Nachweis von Antikörpern bei der Syphilis noch immer nicht geglückt. Mit dem Augenblick seines exakten Nachweises aber, wo wir uns ein Zustandekommen syphilitischer Eruptionen ohne Antikörper nicht mehr denken können, wird der Wunsch wach werden, daß für ein feinstes Studium der zahllosen luischen Exanthemformen mit Rückschlüssen auf die Immunitätsvorgänge im Körper ein zweiter Pirquet komme, der uns die minutiöse Betrachtung des Ablaufes eines Exanthems gelehrt hat. Finger und andere sind auf diesem Wege schon vorangegangen.

Krankheit und Vererbung[1]).

Von

San.-Rat Dr. Leven in Elberfeld.

Nichts Neues bringen die folgenden Ausführungen; sie erfüllen ihren Zweck, wenn sie die Notwendigkeit einer einheitlichen Nomenklatur eindringlich zum Bewußtsein bringen. Wie sich aus dem weiteren Inhalte ergeben wird, haben verschiedene Autoren für Erkrankungen, die in ein und dieselbe Gruppe gehören, verschiedene Benennungen gebraucht; es ergibt sich dadurch eine Verwirrung, die es nützlich erscheinen läßt, eine Einigung herbeizuführen. Als Grundlage sehr passend dünken mich die klar und scharf das Wesentliche erfassenden Bezeichnungen, die H. W. Siemens in seiner „Einführung in die allgemeine Konstitution und Vererbungslehre" (Julius Springer-Berlin, 1921) anwendet; sie schließen m. E. eine mißverständliche Deutung am besten aus.

Der Begriff der Krankheit hat erst neuerdings durch den bekannten Erblichkeitsforscher Lenz[2]) eine exakte naturwissenschaftliche Formulierung erfahren; er bezeichnet den Zustand eines Organismus an den Grenzen seiner Anpassungsmöglichkeit als Krankheit. „Volle Gesundheit bezeichnet den Zustand der vollen Anpassung und ein Lebewesen ist in um so höherem Maße krank, je stärker seine Anpassung be-

[1]) Nach einem in der Versammlung der rhein.-westfäl. Dermatologen-Vereinigung am 14. V. 1922 vom Verf. gehaltenen Vortrage. — [2]) Baur, Fischer, Lenz: Menschliche Erblichkeitslehre (I. F. Lehmanns Verlag, München 1921).

Digitized by Google

einträchtigt ist." — „Es gibt also alle Übergänge zwischen voller Gesundheit und schwerster Krankheit. Einen biologischen Wesensunterschied zwischen Gesundheit und Krankheit gibt es nicht."

Schon Nietzsche hat dies empfunden; er äußert sich in „Wille zur Macht" dahin, daß ein Wesensunterschied zwischen Gesundheit und Krankheit nicht bestehe. „Gesundheit und Krankheit sind nichts wesentlich Verschiedenes, wie es die alten Mediziner und heute noch einige Praktiker glauben. Man muß nicht distinkte Prinzipien oder Entitäten daraus machen, die sich um den lebenden Organismus streiten und aus ihm ihren Kampfplatz machen. Das ist albernes Zeug und Geschwätz, das zu nichts mehr taugt. Tatsächlich gibt es zwischen diesen beiden Arten des Daseins nur Gradunterschiede."

Wir können nun die Krankheiten ganz allgemein einteilen in:

1. Endogene, auf der Auswirkung von Erbanlagen beruhende; sie werden von Siemens als idiotypische bezeichnet. Beispiele: Nävus, Hasenscharte.

2. Solche, bei denen zu dem endogenen Faktor ein äußerer hinzutritt, von Siemens als idiodispositionelle Krankheiten bezeichnet. Beispiele: Tuberkulose, Primel-Dermatitis.

Es dürfte zweckmäßig sein, an dieser Stelle den Dispositionsbegriff kurz zu erläutern. Siemens definiert sie als die Wahrscheinlichkeit, mit der der augenblickliche Zustand eines Organismus beim Vorhandensein gewisser auslösender Faktoren das Auftreten einer bestimmten Krankheit bedingt. Die Disposition kann auf erblichen Anlagen beruhen und führt dann beim Hinzutreten des äußeren Faktors zur idiodispositionellen Erkrankung (Tuberkulose); sie kann paratypisch, d. h. durch Einwirkung der Umwelt, bedingt sein und führt dann zu einer paratypischen oder exogenen Krankheit. Siemens nimmt als Beispiel die Pellagra: Disposition bedingt durch einen paratypischen Faktor, verdorbenen Mais; auslösender Faktor, bei dessen Einwirkung die Krankheit in die Erscheinung tritt, sind die Sonnenstrahlen.

3. Exogene Krankheiten, von Siemens als paratypisch bezeichnet. Beispiel: Trauma.

Bei dieser Einteilung müssen wir uns nun vor allem bewußt sein, daß jede Krankheit das Produkt von endo- und exogenen Faktoren ist. Bei idiotypischen Krankheiten müssen wir bedenken, daß ja auch das Keimplasma in seiner Beschaffenheit letzten Endes von Gleichgewichtsschwankungen abhängig ist, die durch Ernährungs-, klimatische ... Einflüsse bedingt sind. Sie geben den Anlaß zu germinalselektiven Vorgängen und damit zum Auftreten irgend einer Abänderung. Das Idioplasma ist ja nicht vom übrigen Organismus isoliert; Einflüsse, die diesen treffen, machen sich auch bei ihm geltend und führen, wenn sie genügend stark sind, zu einer auch im Außenbilde erkennbaren Veränderung. So müssen wir also letzten Endes auch dasjenige, was wir im Außenbilde als „Anomalie" bezeichnen, auf Gleichgewichtsschwankungen des idioplasmatischen Determinantensystems zurückführen, die ihrerseits durch Ernährungs-, klimatische ... Einflüsse bedingt sind.

Auf der anderen Seite spielt selbst bei paratypischen Krankheiten, z. B. Traumen, die durch erbliche Faktoren bedingte Widerstandskraft des Organismus eine Rolle. — Streng genommen handelt es sich also um begrifflich-theoretische Scheidungen, welche die Natur an sich nicht kennt, die wir aber zur Erleichterung unseres Verständnisses in sie hineintragen und die uns aus praktischen Gründen unentbehrlich sind. Aus dieser Betrachtung ergibt sich, daß, wie Siemens sehr treffend ausführt, die Grenzen zwischen idiotypischen, idiodispositionellen und paratypischen Krankheiten fließende sind und daß es mannigfache Übergänge zwischen ihnen gibt. Praktisch aber müssen wir bei unserem Bestreben, einen möglichst schnellen und klaren Begriff über die Bedingtheit einer Krankheit zu bekommen, zu ermitteln suchen, welchen Anteil der idiotypische und welchen der paratypische Faktor bei der betreffenden Krankheit hat. Wir müssen also in jedem Einzelfalle die wichtigsten Momente heraussuchen und mit ihrer Hilfe die Einteilung vornehmen. Zu den idiotypischen Krankheiten werden wir diejenigen zählen, bei denen die besondere Beschaffenheit des Keimplasmas das Ausschlaggebende ist. Dies zeigt sich schon durch die Seltenheit, mit der solche Affektionen in einem großen Kreise von Personen, die unter gleichen oder sehr ähnlichen Bedingungen leben, vorkommen. Obwohl also hier die äußeren Faktoren dieselben sind, haben doch nur wenige Individuen, deren Keimplasma also eine besondere Beschaffenheit haben muß, die in Frage kommende Erkrankung. Umgekehrt spielt bei paratypischen Krankheiten das Keimplasma nur eine unwesentliche Nebenrolle, der äußere Faktor aber die Hauptrolle, weil bei einer großen Anzahl unter gleichen äußeren Bedingungen lebenden Personen bei Einwirkung eines und desselben äußeren Momentes die Erkran-

Digitized by Google

kung fast stets zustande kommt; der Erbfaktor ist also so gut wie vollständig ausgeschaltet.

Bettmann (Über die „Poicilodermia atrophicans vascularis", Arch. f. Derm., Bd. 129) teilt nun die Hautkrankheiten, bei denen das Keimplasma in Betracht kommt, ein in Genodermien und Genodermatosen. Er sagt, Zustände der Haut sind Dermien, krankhafte Prozesse Dermatosen, und faßt die Sache so auf, daß bei den Genodermatosen zu dem vorhandenen Zustand noch ein Vorgang hinzutritt. „Die Erkrankung bei den Dermatosen wird zu einem Indikator der Genodermien." Die Bettmannschen Genodermatosen sind also Hauterkrankungen, bei denen zu der in der Haut vorhandenen Disposition ein äußerer Faktor hinzutritt; sie entsprechen demnach den idiodispositionellen Erkrankungen, während seine Genodermien idiotypischen Affektionen entsprechen.

Meirowsky hatte in seiner Arbeit: „Über die Entstehung der sogenannten kongenitalen Mißbildungen der Haut" (Arch. f. Derm., Bd 127 und Sonderabdruck bei Braumüller) die Lehre von den Veränderungen, „die auf einer veränderten Zusammensetzung des Keimplasmas beruhen", als „Genopathologie", und die hierunter fallenden Hautkrankheiten als Genodermatosen bezeichnet. Meirowsky und ich haben dann in unserer Arbeit „Tierzeichnung, Menschenscheckung und Systematisation der Muttermäler" (Arch. f. Derm., Bd. 134) bei dem Begriff der Anomalie, insonderheit bei den Nävis, die Wichtigkeit des keimplasmatischen Faktors möglichst klar hervorheben wollen und dasjenige, was wir unter Genotaraktosen der Haut bzw. Genodermatosen verstanden wissen wollen, sind idiotypische Affektionen, also solche, bei denen das Keimplasma die ausschlaggebende Rolle spielt. Es ist natürlich nicht angängig, daß man das Wort Genodermatosen in zwei verschiedenen Bedeutungen, nämlich einmal im Sinne idiotypischer Leiden, wie wir es getan haben, das andere Mal aber als Bezeichnung für idiodispositionelle Erkrankungen gebraucht, wie dies Bettmann tut. Schon aus diesem Grunde würde es sich empfehlen, für diejenigen Hautkrankheiten, bei denen die keimplasmatische Anlage eine wesentliche Rolle spielt, nur die Einteilung in idiotypische und idiodispositionelle Krankheiten allgemein einzuführen. Es kommt noch hinzu, daß die Begriffe idiotypisch bzw. idiodispositionell auch in den anderen Zweigen der Medizin gebraucht werden, und daß die Terminologie, wenn wir die genannten Bezeichungen auch bei den Hautkrankheiten gebrauchen, eine einheitliche ist. Was schließlich die Frage betrifft, wie man den Begriff der Anomalie beurteilen soll, so geht dieser bei der Lenzschen Krankheitsdefinition in dem der Krankheit auf. Die frühere Anschauung, daß die Krankheit ein Vorgang, die Anomalie ein Zustand sei, fällt weg, auch schon deshalb, weil zwischen Vorgang und Zustand im Grunde, wie Siemens sehr richtig ausführt, lediglich ein Unterschied der Betrachtungsweise, nicht aber des Wesens besteht, indem ein Leiden bei kürzerer Betrachtungszeit als Zustand, bei längerer als Vorgang imponiert. Wichtig ist vor allem, daß wir bei allen Affektionen die mehr oder weniger große Rolle zu erforschen suchen, die erbliche und Umwelts-Faktoren, spielen und daß wir aus praktischen Gesichtspunkten, je nach der Rolle dieser Faktoren, die Einteilung in idiotypische, idiodispositionelle und paratypische Krankheiten vornehmen.

Auf die Vererbungslehre im speziellen möchte ich hier nicht eingehen; es würde dies nur eine Wiederholung des in der Literatur längst Niedergelegten bedeuten und ich verweise diejenigen Leser, die sich näher unterrichten wollen, vor allem auf die angeführten Werke von H. W. Siemens sowie von Baur, Fischer und Lenz. Von der Zugehörigkeit vieler Hautkrankheiten zu einem der drei genannten Formenkreise ist uns noch wenig bekannt, und selbst der Erbgang mancher schon als idiotypisch erkannter Hautkrankheiten steht noch nicht mit Sicherheit fest. Soweit wir wissen, sind dominant-vererblich der Naevus sebaceus, Atherome, Epheliden, Darier, Keloide, Lipome, Hypertrichosis, der Recklinghausen, das Quinckesche Ödem, die Leukonychie, Porokeratosis und die Ichthyosis vulgaris; rezessiv die Ichthyosis foetalis, das Xeroderma pigmentosum; rezessiv-geschlechtsgebunden die bullöse Dystrophie mit Hypotrichosis und die Anidrosis mit Hypotrichosis.

Man sieht, es ist noch ein großes Feld zur Betätigung frei und es wird noch vieler Arbeit bedürfen, bis wir die Vererbungsart der idiotypischen und idiodispositionellen Krankheiten sowie bei letzteren den mehr oder minder großen Anteil der Erbanlagen bzw. des Außenfaktors klar erkannt haben. Es bedarf der Aufzeichnung und Sammlung von Vor- und Nachkommentafeln, und zu einer solchen anzuregen möge diese kurze Arbeit das ihrige beitragen.

Digitized by Google

Versammlungen.

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 5. März 1922.

Silbermann (Hautklinik der I. Universität) stellt einen Fall von (Salvarsan) **exfoliativem Dermatid** vor, hervorgerufen durch Injektion von Novarsol.

Grintschar betont den Umstand, daß derselbe Pat. bereits eine zweifache Injektion von Arsol gut vertragen habe.

Malyschew und Pospelow haben ebenfalls Fälle von Dermatid nach Salvarsan beobachtet; im Falle Pospelow trat das scharlachähnliche Exanthem jedesmal nach Anwendung von Salvarsan von neuem wieder auf.

Jordan nimmt an, daß dieses Dermatid eher von einer Quecksilberbehandlung herrührt, da eine kombinierte Behandlung angewendet wurde; ein Salvarsan-Exanthem trete später auf.

Tschernogubow erwidert, daß er einen Fall beobachtet habe, bei dem das scharlachähnliche Salvarsan-Exanthem bereits nach einem Tag erschien, und so mit der allgemeinen Reaktion, hervorgerufen durch das angewandte Präparat, zusammenfiel.

Mestschersky: Das anfängliche Nässen des aufgetretenen Dermatids weist darauf hin, daß es von Salvarsan herrührt. Einige Autoren haben den günstigen Verlauf der Syphilis bei derartigen Kranken beobachtet; es wäre interessant, ihr weiteres Schicksal zu verfolgen.

Krupnikow (I. Universität) demonstriert einen Fall von **Myxödem** und zwei Moulagen dieser 46jähr. Kranken; sie hatte sich die Stirn vor 4 Jahren verletzt. Menses mit 17 Jahren, 11 Schwangerschaften (die letzte Abort). WR —, Pirquet +. Innere Organe normal. Haut trocken, Haarwuchs schwach. Diffuse Schwellungen am Nacken und Hals, an den Lenden Ausschlag in Form von kleinen Knötchen, welche die Größe einer Erbse erreichen. Pat. lag in der Klinik 10 Monate, wurde mit Thyreoidin, Ovarin und Adrenalin, ein Teil des Ausschlages an den Lenden mit Röntgenstrahlen behandelt (darauf ganz unbedeutende Besserung).

Pawlow erwähnt einen gleichen von ihm beobachteten Fall.

Lewtschenkow weist darauf hin, daß der demonstrierte Fall völlig analog mit dem von ihm unter der Benennung „Myxoma cutis" beschriebenen ist; damals wurde eine Besserung durch 4%iges NaJ erzielt, eine Verschlechterung trat ein durch Hg salicyl.

Ischewski (I. Universität) demonstriert eine bereits in der letzten Sitzung unter der Diagnose **„Mycosis fungoides"** vorgestellte Kranke; jetzt infolge Röntgenbehandlung bedeutende Besserung, jedoch beginnt bereits ein Rezidiv.

An der Diskussion nehmen teil Grintschar, Fokin, Bogdanow.

Jordan: Ein Fall von **Erythema induratum Bazin** bei einem 19jähr. Mädchen, histologisch bestätigt.

Mestschersky spricht von der Differentialdiagnose des Falles.

Brytschew bringt weitere Mitteilungen über seine Versuche mit dem neuen Präparat „Trepol". Im ganzen sind 7 Injektionen mit insgesamt 2,0 g Salz gemacht worden: 6 zu 0,3 und 1 zu 0,2, nach welchen Albuminurie mit Zylindrurie und Gelbsucht auftrat. Die spezifische Wirkung ist ziemlich günstig. Die Injektionen wurden zuerst alle 3—4 Tage, nachher alle 5—6 Tage gemacht. Der Liquor cerebrospinalis verbesserte sich in seiner Zusammensetzung, wurde jedoch nicht normal.

Lipskerow (Reichs Venerologisches Institut): Ein Fall von **Keloid bei Syphilis.**

Dubrow (III. Universität) demonstriert einen Kranken mit **Keratoma palmare et plantare hereditarium.** Die Verhornung und die krankhafte Affektion der Nägel tritt besonders stark an den Füßen auf. Eine starke Schweißabsonderung der Handflächen und Fußsohlen wird beobachtet. An der gleichen Erkrankung leiden der Vater, 2 Onkel, 2 Brüder, 2 Vettern und 2 Schwestern.

Smirnow (III. Universität): Ein Fall von **Psoriasis rupioides** bei einem 23jähr. Kranken.

Jordan trägt ein Autoreferat des in der Dermatologischen Wochenschrift erschienenen Artikels **„Syphilis und Ehe"** vor.

An der Diskussion nehmen teil Brytschew, Fokin und Mestschersky.

Digitized by Google

Bogdanow erstattet Bericht über **Versuche mit Silbersalvarsan**: 7 Fälle sind behandelt worden, im ganzen 72 Injektionen gemacht. Anfangsdosis 0,05—0,1, nachher 0,2 und 0,3 mit Zwischenpausen von 4—5 Tagen. Die Behandlung bestand aus 12 Injektionen. Toxizität höher als bei „914", therapeutischer Effekt schwächer. 25% Nebenwirkungen: 12 nitritoide Krisen und 6 Temperaturkrisen. WR in 6 Fällen negativ, in 2 geschwächt, in den 3 übrigen Fällen stark positiv. W. A. Pospelow.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1921, Bd. 136, H. 3.

Ein Fall von essentiellen Teleangiektasien, von Dora Fuchs, Hautklinik Breslau. S. 325—327. Es handelt sich bei dem mitgeteilten Falle um eine Kombination des herdförmigen und des diffusen Typus.

Über eine Impfnekrose, von E. Vollmar-Kreuznach. S. 328—332. Die Ursache war kein Fehler der Impftechnik, sondern beruhte auf einer zu starken Virulenz der Lymphe.

Über mykotische Allgemeininfektionen bei Trichophytie und Mikrosporie („Trichophytosen und Mikrosporien"), von Leopold Arzt und Herbert Fuhs, Hautklinik Wien. S. 333—344. Die Beobachtungen ergeben, daß verschiedene Arten von mykotischer Allgemeininfektion teils durch Trichophyton, teils durch Mikrosporon hervorgerufen werden. Diese Allgemeinerkrankungen können von den lokalen mykotischen Herden ausgehen. Das klinische Bild derselben weist nach Maßgabe der mitgeteilten und früherer Beobachtungen verschiedene Typen auf: 1. eine exanthematöse Form, skarlatinaartig; 2. eine ekzematöse, Lichen trichophyticus, vesikulöse und pustulöse Form; 3. die rheumatoide Gruppe tritt einerseits als nodöses Trichophytid, andererseits als Erythema exsudativum multiforme auf. Auf die Möglichkeit einer Allgemeinreaktion des Gesamtorganismus ohne Beteiligung der Haut wird hingewiesen (Forme fruste der Allgemeininfektion).

Der Chilblainlupus (Hutchinson), seine Pathogenese, Histologie und Therapie, von Friedrich Fischl, II. Hautabt., Allgem. Krankenh. Wien. S. 345—361. Die mitgeteilten fünf Krankengeschichten betreffen Personen weiblichen Geschlechts. Das Bild, welches die Kranken bieten, ist ein asphyktischer Zustand der Haut an den Extremitätenenden. In dieser so veränderten Haut finden sich typische papulonekrotische Tuberkulide sowie auch Lupus erythematodes, auf welchem die Tuberkulide dann aufgepfropft erscheinen. In den Schnitten exzidierter Elemente konnten weder Tuberkelbazillen noch Muchsche Granula nachgewiesen werden. Trotzdem ist ein Zusammenhang mit Tuberkulose anzunehmen, wegen des häufigen Vorkommens von Lungen-, Drüsen- und Hautveränderungen. Außerdem spricht dafür die positive Lokalreaktion nach Moro und Pirquet, der histologische Bau und der Erfolg spezifischer Therapie.

Zur Pathogenese der netzförmigen Livedo bei Tuberkulose, von Friedrich Fischl, II. Hautabt., Allgem. Krankenh. Wien. S. 362—367. Livedo-racemosa-ähnliche Zeichnung an den Unterschenkeln in Verbindung mit Erythema induratum und Tuberkuliden. Das histologische Bild zeigt tuberkulösen Bau, im Gegensatz zur Livedo racemosa bei Lues, wo sich Endophlebitis findet. Die Livedo lenticularis (Adamson) stellt eine Art unreifes Erythema induratum dar.

Über einen Fall von einseitiger, zosteriformer Leukopathie, von Alexander Randak, Hautklinik Wien. S. 368—376. Die Depigmentation saß in der rechten oberen Stammpartie, sie war vergesellschaftet mit einer Herabsetzung der Sensibilität, ferner mit einem Augenbefund: Conus inferior, und außerdem zeigte sich, daß am ganzen Körper die Schweißsekretion auf Pilokarpin ausblieb. Es liegt demnach Grund vor, die Leukopathie als eine Mißbildung im Bereiche des Zentralnervensystems zu betrachten. Die interessante Frage, ob es sich hierbei um ein Fernsymptom oder um eine disponierende Wirkung des abnormen Nervenzustandes handelt, wird angeschnitten.

Atypische Formen der kolliquierenden Hauttuberkulose, von L. Arzt und L. Kumer, Hautklinik Wien. S. 377—385. Bei dem zunächst mitgeteilten Falle handelt es sich um eine Pat. mit schwerer Lungenphthise, die später zum Exitus führte; im Verlaufe der Erkrankung entwickelten sich multiple Knoten, die sich als Skrophulo-

Digitized by Google

dermata erwiesen. Für die Entstehung derselben ist die hämatogene Aussaat von Tuberkelbazillen die einzig mögliche Erklärung. In einem anderen Falle, bei einer tuberkulös belasteten Pat., bildeten sich auf Injektion mit Neutuberkulinbazillenemulsion an den Injektionsstellen Veränderungen, die als Skrophulodermata und Folgezustände nach solchen anzusprechen waren.

Über Partialantigene nach Deycke-Much bei Hauttuberkulose, von Arnold Fried, Lupusheilstätte Wien. S. 386—400. Die Untersuchungen ergeben, daß durch Injektionen mit Partialantigenen nichts Sicheres über den Immunitätszustand des Organismus oder der Haut zu erfahren ist, weiter, daß eine Wertbemessung einer spezifischen Therapie durch die sogenannte Intrakutananalyse nicht möglich ist, und daß die Anwendung der Partialantigene bei den Hauttuberkulosen, speziell beim Lupus vulgaris, keine besseren Erfolge zeitigt als die alten Tuberkulinpräparate.

Diffuse Hautinfiltrate im sekundären Stadium der Lues, von Paul Šavnik, Böhm. Hautkl. Prag. S. 401—407. Bei einem 59jähr. Pat. traten an den Unterschenkeln, in geringerer Ausdehnung auch an anderen Stellen, flächenhafte Infiltrierungen der Haut ein, die sich gegen eine dreimonatige Behandlung sehr resistent erwiesen. In einem zweiten Falle handelte es sich um einen Pat., der etwa ein Jahr vorher Lues sich zugezogen hatte. Hier entwickelten sich diffuse Entzündungen aus Papeln, besonders am Rücken, die an ein seborrhoisches Ekzem erinnerten. Der Kranke ging an maligner Lues (Spirochätensepsis) zugrunde.

Die Pigmentierung der Haut von Crampus griseus cuv., von Paul Krüger, Zoolog. Institut Bonn. S. 408—415. An der Epidermis-Koriumgrenze finden sich Chromatophoren, zahlreich an der Basis der Kutisleisten, nach der Papillenspitze abnehmend, um im letzten Drittel ganz zu fehlen. Je größer die Zahl der Chromatophoren, um so stärker sind die überliegenden Epidermiszellen mit Pigment versehen. Nach Ansicht des Verf. geben bei dieser Tiergattung die Chromatophoren das Pigment an die Epidermis ab und stammen ihrer Herkunft nach aus dem Korium.

Zur Pathogenese der Trichophytide, von Max Jessner, Hautklinik Breslau. S. 416—424. Zwei Fälle: der eine ist ein Lichen trichophyticus bei einer oberflächlichen Trichophytie; der andere ein Kerion Celsi, bei dem eine Röntgenepilation des Kopfes und Trichophytininjektionen zur Entwicklung eines Lichen trichophyticus führten. In beiden Fällen konnten Pilze im Blute durch Kulturverfahren nachgewiesen werden.

Beitrag zur Klinik der Urtikaria, von L. Hahn und M. Kraupa-Teplitz-Schönau. S. 425—427. Die günstige Wirkung des Papaverins, intravenös zu 0,04, sowie die des eingeatmeten Amylnitrits, wodurch Urtikariaausbrüche mehrfach kupiert werden konnten, veranlassen die Verff., die Quaddelbildung in solchen Fällen als vasoneurotisches Symptom (Spasmus der Vasa vasorum) zu betrachten.

Untersuchungen über die Ätiologie der Krankheiten der Herpesgruppe (Herpes zoster, Herpes genitalis, Herpes febrilis), von B. Lipschütz, Hautabt. Wieden, Wien. S. 428—482. Mit Material von Herpes zoster gelingt es, eine Keratitis auf der Kaninchenkornea zu erzeugen. Dasselbe gilt vom Herpes febrilis des Menschen. Der Herpes genitalis läßt sich außerdem am Menschen selbst übertragen. Sowohl bei diesen drei Erkrankungen der Herpesgruppe als bei den Impfentzündungen der Kaninchenkornea finden sich Einschlußkörperchen in den Zellkernen der durch die Entzündung ergriffenen Partien. Die rundlichen plastischen Gebilde färben sich mit Giemsa rot, mit Hämalaun-Eosin dunkelrot, mit Heidenhain gelbgrau und mit Pappenheim grün-blau. Die Einschlußkörper entstehen unter dem Einfluß des Krankheitsgiftes aus der Kernsubstanz und setzen sich aus zahlreichen kleinsten Granulis zusammen; Einschlüsse erster Ordnung. Alle drei Herpesarten zeigen bei der Verimpfung Unterschiede. Herpes genitalis und febrilis konnten in fast 100% der Fälle auf die Kaninchenkornea geimpft werden, Zoster nur selten. Herpes febrilis ging außerdem auch noch auf der Kornea des Meerschweinchens an. Nach Impfung mit Herpes febrilis ist der Verlauf der Hornhautentzündung viel stürmischer als nach Impfung mit den beiden anderen Affektionen. Die Untersuchung auf Einschlüsse gelingt bei Herpes febrilis innerhalb der ersten 24 Stunden, am besten nach 7, bei Herpes genitalis am 3. Tage und bei Zoster am 4. Tage. Die bei den Herpeskrankheiten zu beobachtende ballonierende Degeneration der Epithelien wird auf die Einwirkung des Virus auf die Kernteilung zurückgeführt. Der Sitz des hypothetischen Virus ist der Zellkern (Z.-Parasitismus).

H. Vörner-Leipzig.

Digitized by Google

Acta dermato-venereologica.

November 1921, Bd. 2, H. 3.

Untersuchungen über den Endausgang der blennorrhoischen Vulvovaginitis (Examens ultérieurs de la vulvovaginite blennorragique), von Gerda Kjellberg. S. 293—327. Fortsetzung folgt.

Studien über Quecksilberangina (Etudes sur l'angine mercurielle), von Johan Almkvist-Stockholm. S. 328—355. Die Quecksilberangina ist in jeder Beziehung der Hg-Stomatitis gleichzustellen. Sie geht gewöhnlich ohne Fieber und besondere Störung des Allgemeinbefindens einher, sie tritt bald nach ganz geringfügiger Hg-Dosis, bald am Ende einer Behandlung oder auch sogar 1—2 Monate nach Abschluß einer solchen auf. Gelegentlich kommt Ausbreitung auf die Nachbarschaft vor. Als Erreger lassen sich fusiforme Bazillen und Spirochäten, aber auch Kokken nachweisen. In letzterem Falle treten mehr die entzündlichen Erscheinungen, im ersteren mehr Gewebszerstörungen (Nekrosen) in den Vordergrund. Vorbedingung für Auftreten einer Hg-Angina scheint das Vorhandensein von Taschen und Buchten zu sein, in denen eine Bakterienflora sich entwickeln kann. Man erzielt daher auch ausgezeichnete und schnelle Heilerfolge durch energische Desinfektion solcher Höhlen, sogar ohne Aussetzen der Behandlung.

Ein Fall von Gelenkaffektion im Larynx bei Gonorrhoe, von Nils Rhodin-Stockholm. S. 356. 14 Tage nach einer Tripperansteckung trat bei einem 27jähr. Dienstmädchen eine Schwellung der linken Aryknorpelgegend unter starken Schmerzen und Heiserkeit auf, die auf steigende Gonargininjektionen in 14 Tagen restlos schwand. Nach jeder Injektion stieg die Temperatur bis 39,8—40,1°. Aus dieser Reaktion und der guten Heilwirkung muß man auf die blennorrhoische Natur dieser Kehlkopfgelenkerkrankung schließen.

Über das Wesen der Psoriasis, von Šamberger-Prag. S. 359—369. Den eigentlichen Grund der Psoriasis sieht Verf. in einem Daniederliegen der Tätigkeit der normalen Hornzellen, insbesondere ihrer hornbildenden Eigenschaften. Daher bildet die Haut des Psoriatikers auch bei körperlicher Anstrengung der Hohlhand hier keine Schwielen, daher kommt es auch bei einer eitrigen Hautentzündung bei solchen Kranken nicht zur Eiterpustelbildung, sondern zur Bildung der Schuppenherde, weil der Zusammenhalt der Hornzellen einem gesteigerten Innendruck nicht standhält; sie fasern sich auf und durch Ausscheidung von Eiterflüssigkeit zwischen die Hornlamellen bilden sich allmählich die oft sehr dicken Borken. Hieraus erklärt sich auch die sehr günstige Wirkung des Arsens bei Psoriasis, das in ausgesprochenem Maße vermehrte Hornbildung hervorruft, offenbar also die hornbildende Tätigkeit der Epidermiszellen anregt. In ähnlicher Weise muß auch die günstige Wirkung von Röntgenstrahlen angesehen werden, die in geringer Dosis die Zelltätigkeit anregen und so heilend wirken, in starker dagegen die Zelltätigkeit lähmen und die Krankheit verschlimmern. Nachdem nun die neueren Forschungen gezeigt haben, daß die Thymushormone die Lebenskraft der Haut erhalten, wenigstens solange die Geschlechtsdrüsen diese Tätigkeit nicht übernommen haben, versuchte Verf. die Thymuspräparate auch als Heilmittel bei Psoriasis innerlich oder in Einspritzungen anzuwenden. Der Erfolg war in vielen Fällen überraschend gut, besonders bei Kindern. Immerhin sieht Verf. die Thymushormone nicht als kausales Medikament an, sondern als ein symptomatisches, wie das Arsen oder die Röntgenstrahlen, das die dem Leiden eigentlich zugrunde liegende parakeratotische Diathese nicht beseitigt, sondern nur durch Anregung der hornbildenden Zelltätigkeit in ihren Erscheinungen günstig beeinflußt.

Ein Fall von pluriglandulärer Insuffizienz mit einer neuen Hauterscheinung (Un cas de dysendocrisie pluriglandulaire avec un nouveau symptôme à la peau), von Karel Gawalowski-Prag. S. 370. Bei einer sonst gesunden Frau traten im Alter von 20 Jahren angeblich nach einem großen Schreck öfters Krisen auf, die mit Bewußtseinsstörungen einhergingen. Die Kranke beißt sich dabei auf die Zunge, hat Schaum vor dem Munde und läßt unter sich. Während einer Schwangerschaft hörten diese Anfälle auf, wie auch ein sehr quälendes Hautjucken, das sich zu gleicher Zeit eingestellt hatte, um später wiederzukehren. Damit gingen auffallende Veränderungen an der Haut einher. Sie wurde rauh, trocken, spröde und starr, ließ sich nur schlecht in Falten abheben. Infolge des starken Juckreizes bedeckte sich der Körper allmählich mit Kratzeffekten und pustulösen Eiterungen. Gleichzeitig setzte ein allgemeiner Haarausfall ein, der zu starker Lichtung des Haupthaares und fast völligem Schwund der

Digitized by Google

Augenbrauen, der Scham- und Achselhaare führte. Die Schilddrüse war nicht fühlbar, dagegen sprach eine Schalldämpfung in der oberen Brustbeinhälfte und zu beiden Seiten derselben und eine Verschattung an gleicher Stelle bei der Röntgendurchleuchtung für eine vergrößerte Thymus. Die Röntgenaufnahme des Schädels in seitlicher Richtung zeigte eine starke Erweiterung des Türkensattels, dessen hintere Fortsätze fast geschwunden sind. Das spricht für eine Vergrößerung der Zirbeldrüse. Im Röntgenbild läßt sich auch eine Verbreiterung der Knochen einiger Fingerglieder nachweisen, was als Zeichen einer Akromegalie angesehen wird, eine geringe Vergrößerung von Herz und Leber wird in gleichem Sinne als Splanchnomegalie beurteilt. Dagegen zeigt die Augenuntersuchung normalen Befund, die Geschlechtsorgane sind nicht atrophisch. Die Intelligenz ist stark herabgesetzt, der Denkakt deutlich verlangsamt. Mikroskopische Untersuchung der Haut ergibt vermehrte Kollagenbildung, Muzin konnte wegen ungeeigneter Fixierung der Hautstückchen nicht nachgewiesen werden. Dieser Untersuchungsbefund läßt erkennen eine Atrophie der Thyreoidea: Haarausfall, die Hautveränderung, die psychische Veränderung; eine Hypertrophie der Zirbeldrüse: Akromegalie, der Röntgenbefund am Türkensattel, der Haarausfall; eine Hypertrophie der Thymus: der Röntgen- und Perkussionsbefund, Hyperkeratose der Haut, das heftige Jucken, aber trotz zahlloser Kratzeffekte keine sekundäre Infektion. Dieses Krankheitsbild entspricht auch sonstigen Beobachtungen. Man hat bei Vergrößerung der Zirbeldrüse Atrophie der Thyreoidea und Hypertrophie der Thyreoidea gefunden, hat experimentell nach Thyreoidektomie den Schwund der Thymus zum Stillstand gebracht. Die Beziehungen zwischen den genannten Drüsen einerseits und den Ovarien, Pankreas, Nebennieren und den Glandulae parathyreoideae andererseits treten hier nicht so deutlich zu Tage. Verf. möchte als primär die Hypertrophie der Zirbeldrüse annehmen, die eine Hyperplasie der Thymus, Hautjucken, Parakeratose und Schilddrüsenatrophie zur Folge hatte. H. Lautsch-Leipzig.

Bücherbesprechungen.

Lehrbuch der Haarkrankheiten, von Max Joseph (Johann Ambrosius Barth, Leipzig 1921). Die zweite Auflage dieses Werkes hat der Zeit entsprechend beträchtlich gekürzt werden müssen, doch hat diese Kürzung seinem Werte nichts geschadet. Wenn auch der Wegfall mancher Einzelheiten, wie die Literaturübersicht, in wissenschaftlicher Hinsicht bedauert werden muß, so kommt der Übersicht und der praktischen Verwertbarkeit Kürze und Knappheit nur zugute. Von diesem Gesichtspunkte aus muß Josephs Buch als vortrefflich bezeichnet werden. Die Krankheitsbilder sind klar und scharf umschrieben, das Notwendige über Ätiologie und Pathologie gesagt; als besonderen Vorzug möchte ich erwähnen, daß die Besprechung der Behandlung jede Weitschweifigkeit und die in Lehrbüchern so oft vorkommende Häufung von Rezepten vermeidet, so daß auch der Nichtfachmann sich zurechtfinden kann. Wer tiefer eindringen will, findet im Anhang noch eine Fülle guter Rezepte. Alles in allem, es wird jeder etwas vom Lesen dieses Buches haben. R. Frühwald-Leipzig.

Die Impotenz des Mannes, von P. Orlowski. Für Ärzte dargestellt. 3. Aufl. (Kurt Kabitzsch, Leipzig 1922.) 150 S. und 3 Taf. In der dritten Auflage sind aus äußeren Umständen zum großen Leidwesen des Verf. ein großer Teil der Krankengeschichten weggelassen worden, auch mußte der Verf. auf die Mitteilung neuer Beobachtungen verzichten. Trotz mancher Schwächen und der etwas einseitig anmutenden Panegyrie auf die Kollikulustherapie und ihren Einfluß auf die Potenz ist das Buch sehr empfehlenswert, weil es unter eingehendster Literaturberücksichtigung einen erschöpfenden Überblick über den jetzigen noch nicht allzu hohen Stand unseres Wissens von der Physiologie und Pathologie der Potenz gibt. F. Jacobsohn-Berlin.

Die staatlichen Bestimmungen über die Ausführung der Wassermannschen Reaktion, von Traugott Baumgärtel. (J. F. Lehmanns Verlag, München 1922.) Die Broschüre enhält eingehende und doch für den Nichtspezialisten verständliche Erläuterungen zu den staatlichen Bestimmungen über die Ausführung der WR. Es sind in ihr die Erfahrungen einer fünfzehnjährigen serologischen Tätigkeit niedergelegt, und die staatlichen Bestimmungen vom Standpunkt der Laboratoriumspraxis aus kritisch beleuchtet. F. Harry-Berlin.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Zirkulationsstörungen.

Angioneurotisches Ödem (Angioneurotic Edema), von James McIlvaine Phillips-Columbus, Ohio. (J. Am. m. Assoc., 1922, Nr. 7, S. 497—499). Entgegen den früheren Anschauungen, nach denen das Quinckesche Ödem auf nervöser Basis entstehen sollte, zählt man heute diese Krankheit zu den anaphylaktischen Krankheitserscheinungen. Hierfür sprechen Beobachtungen in der Menschen- und Tiermedizin. Schilderung von einem Erkrankungsfall beim Menschen und von zwei bei Hunden; bei allen traten die Erscheinungen des Ödems nach Genuß bestimmter Speisen (zweimal Schweinefleisch) auf. Der vom Verf. beigefügte Stammbaum seines Kranken ergibt den interessanten Befund, daß in Aszendenz wie Deszendenz die männlichen Familienmitglieder entweder an Asthma oder Ekzem in frühester Kindheit litten, Erkrankungsformen, die ein Teil der Forscher heute ebenfalls den anaphylaktischen Erscheinungen zugerechnet wissen will.
F. Quasig-Hamburg.

Diabetes mellitus und hämorrhagische Diathese, von Hans Gorke-Breslau. (M. m. W., 1921, Nr. 41, S. 1324.) Günstiger Einfluß der Diabetesdiät auf die Blutungen.
A. v. Notthafft-München.

Über Bluttransfusion bei Hämophilie, von F. Herzog-Greifswald. (M. m. W., 1921, Nr. 41, S. 1327.) Lebensrettende sofortige Wirkung der Bluttransfusion bei einem Hämophilen. (200 ccm Blut [mit 4%iger Natr.-citr.-Lösung gemischt 10:1] warm infundiert.)
A. v. Notthafft-München.

Urtikaria, Erythem-, Herpes- und Prurigoformen. Frost.

Über durch Varizellen veranlaßten Herpes zoster mit Bauchmuskel- und Zwerchfellähmung, von Joh. Lampe-Rostock. (M. m. W., 1921, Nr. 45, S. 1454.)
A. v. Notthafft-München.

Beitrag zum Experimentalstudium der Herpesinfektion (Contributo allo studio sperimentale dell' infezione erpetica), von Remo Vegni-Siena. (La Rif. Med., 1922, Nr. 12.) Verf. berichtet über das Resultat seines Studiums des Virus der Herpesinfektion. Es wurden zunächst streng nach der Methode von Gruter und Löwenstein mit dem Inhalte des Herpesbläschens die beiderseitige Kornea eines Kaninchens infiziert; positives Ergebnis. Mit dem Augensekret des infizierten und an Kerato-Conjunctivitis acuta erkrankten Tieres erzielte Verf., von Kaninchen zu Kaninchen impfend, 17 Stämme, welche alle ihre virulenten Eigenschaften beibehielten. Die mit dem Eiter angelegten Kulturen ergaben ein negatives Resultat. Nach überstandener Erkrankung blieb das Versuchstier an beiden — also auch am nichtgeimpften — Augen immun. 83% von den geimpften Tieren starben an Enzephalitis nach 10—27 Tagen. Das von den toten Tieren stammende und unter die Dura mater injizierte Gehirn rief ebenfalls eine tödliche Enzephalitis hervor. Auf Grund weiterer Versuche, deren Wiedergabe hier unmöglich ist, gelangt Verf. zu folgenden weiteren Schlüssen: 1. Bei 50° Temperatur verliert das Virus die Fähigkeit, Keratitis hervorzurufen, aber bleibt für die intradurale Impfung virulent. 2. Das Meerschweinchen ist für die Herpesinfektion sensibler als das Kaninchen. 3. Das Herpesvirus ist ein filtrierbares Virus. E. Freund-Triest.

Erfrierung, Verbrennung, Wunden.

Weitere Beiträge zur experimentellen Wunddesinfektion, von O. Schiemann, Institut Rob. Koch-Berlin. (Zschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh., 1922, Bd. 95, H. 1, S. 69—76.) Bier, Zimmer und Finger vertreten die Ansicht, daß die günstige Wirkung von Antiseptika nicht immer als direkte Keimschädigung, sondern als Zeichen einer erhöhten Abwehrtätigkeit besonders des entzündeten Gewebes anzusehen ist. Verf. hat das Zustandekommen der günstigen Wirkung der Antiseptika unter diesem Gesichtspunkte geprüft. Er ging so vor, daß er bei Mäusen in gleicher Weise infizierte Wunden mit gegen diese Erreger in vitro hochwirksamen und weniger wirksamen Mitteln behandelte. Ferner wurden Wunden mit Gemischen von Staphylo- und Streptokokken

Digitized by Google

infiziert und mit elektiv beeinflussenden Agentien behandelt. Auch die Wirkung des unspezifischen Yatren und Terpentin wurde studiert. Es ergab sich, daß die Desinfektionswirkung der Mittel im Tierexperiment durchaus ihrer bakteriziden Wirkung in vitro entsprach, und die beiden als unspezifisch empfohlenen Schutzmittel Yatren und Terpentin keine Schutzwirkung erkennen ließen. Daher führt Verf. die von ihm beobachtete Wirkung von Antiseptika auf frisch infizierte Wunden im Gegensatz zu Bier und seiner Schule auf direkte Keimtötung zurück. Die starke Heilwirkung des Trypaflavins, besonders in Form von Streupulver, kann Verf. im übrigen bestätigen.

F. Jacobsohn-Berlin.

Die Carrel-Dakin-Behandlung infizierter Wunden, von Karl Schlaepfer-Zürich. (M. m. W., 1921, Nr. 46, S. 1490.) Die Methode ist, wenn der NaCl-Gehalt 0,45—0,5% beträgt, die Lösung alkalisch und der Drain gut gelagert ist, in Form der intermittierenden Berieselung (tags und nachts zweistündlich) die Methode der Wahl zur Bekämpfung einer Infektion in Wunden und Wundhöhlen. (Antisepsis, Lösung von nekrotischem Gewebe und Fibrin). A. v. Notthafft-München.

Impetigo, Pyodermien, Diphtherie.

Über den Einfluß des Trypaflavins auf die Diphtherieinfektion und Diphtherievergiftung, von Ad. Reinhardt-Leipzig, Institut Rob. Koch-Berlin. (Zschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh., 1922, Bd. 95, H. 1, S. 1—26.) Die vom Verf. ausgeführten, sehr umfangreichen Diphtheriewundversuche an Meerschweinchen beweisen, daß Trypaflavin in den Verdünnungen 1:100 und 1:1000 die auf Giftresorption zurückzuführende, letale Wirkung der lebenden Diphtheriebazillen eine halbe und dreiviertel Stunde nach der Infektion aufheben kann. Ferner verhindert Trypaflavin 1:100 die letale Wirkung vorher durch Toluol abgetöteter Diphtheriebazillen und neutralisiert auch das in Wunden eingeriebene, lösliche Diphtherie-(Bouillon)gift. Trypaflavin 1:100 und 1:1000 vermag lebende Diphtheriebazillen in der Wunde abzutöten, wenn es $^1/_2$ und $^3/_4$ Stunde nach der Infektion auf die Wundfläche gebracht wird. Diese bakterizide Wirkung teilt Trypaflavin mit Sublimat, Phenol und Jodtinktur, die ihrerseits aber den Krankheitsprozeß nicht beeinflussen, also nicht die „giftneutralisierende" Wirkung des Trypaflavins besitzen. Verf. glaubt auf Grund seiner Versuche, daß bei der Wunddiphtherie das am Infektionsort resorbierte Gift (und nicht die Diphtheriebazillen) auf das freiliegende Wundgewebe nekrotisierend und entzündungserregend wirkt, während Feiler annahm, daß die Abtötung der Erreger und ihre Entwicklungshemmung das Ausschlaggebende seien. R. lehnt daher die Annahme Feilers ab, daß das Trypaflavin auch gegenüber Eitererregern, sich als gleich wirksam erweisen werde, und schätzt das Trypaflavin nur im Kampfe gegen die von der Wunde ausgehende Intoxikation.

F. Jacobsohn-Berlin.

Beitrag zur Bekämpfung der Diphtheriebazillenträgerei, von Robert Ammann-Aarau. (Schweiz. med. W., 1922, Nr. 5.) Pinselungen sind zwecklos, von Wert sind nur Einblasungen von Pulvern oder zerstäubten Flüssigkeiten, die alle Teile von Nase, Rachen und Gaumen erreichen. Am besten bewährte sich eine Zusammensetzung von Tinct. Ratanhiae 15,0, Tinct. Myrrhae 5,0, Ol. Menth. pip. gtt. XII, davon mehrmals täglich 10 Tropfen auf 3 ccm Wasser. E. Levin-Berlin.

Betrachtungen über die Ergebnisse der bakteriologischen Diphtheriediagnose, von L. Bitter-Kiel. (Zschr. f. Hyg. u. Infkh., Bd. 95, H. 2, S. 208—219.) Je mehr Proben auf Diphtherie zur Untersuchung gelangen, um so höher ist im allgemeinen die prozentuale bakteriologische Diphtheriediagnosestellung im Verhältnis zu den amtlich gemeldeten Diphtheriefällen. Der Stadtkreis Kiel steht hinsichtlich der bakteriologisch gesicherten Fälle im Verhältnis zu den amtlich gemeldeten und hinsichtlich der Zahl der eingesandten Untersuchungsproben sehr viel günstiger da als die Provinz mit und ohne Kiel. Nach dem Kriege zeigte sich in Kiel ein erhebliches Ansteigen der Einsendungszahlen, obwohl die Zahl der gemeldeten Diphtheriefälle sinkt. Je mehr amtlich gemeldete Diphtheriefälle vorliegen, um so geringer ist in der Provinz und in Kiel die darauf bezogene, prozentuale Jahresausbeute an positiven bakteriologischen Befunden. Auf die Anzahl der eingesandten Proben scheint neben der Schulung der Ärzte und der Diphtherieerkrankungsziffer auch die Bösartigkeit der vorkommenden Erkrankungen von Bedeutung zu sein. G. Assmann-Kiel.

Digitized by Google

Ekzem, Rosacea.

Diät bei Ekzem jüngerer Kinder. A Dietary Consideration of Eczema in Younger Children, von Edward Scott O'Keefe-Boston. (J. Am. m. Ass., 1922, Nr. 7, S. 483 bis 484.) Gemäß der Bedeutung, die man in Amerika der diätetischen Ekzembehandlung beilegt, lenkt Verf. die Aufmerksamkeit besonders auf die mit der Nahrung eingenommenen Proteine. Besonders ist es die mangelhafte Eiweißverdauung mit darauffolgender Absorption solcher unverdauter Eiweißkörper, die Ekzem entstehen läßt. Durch Verbesserung der Verdauungsfunktion sowie durch Fortlassung oder Beschränkung der Eiweißnahrung konnte Verf. bei seinen Ekzemkranken Erfolge erzielen.

F. Quasig-Hamburg.

Eczema seborrhoicum und Psoriasis, von H. Sieben-Bürstadt. (D. m. W., 1922, Nr. 11, S. 357.) Beschreibung eines Falles, der die von Unna vertretene Ansicht, daß Psoriasis und seborrhoisches Ekzem zwei verschiedene Zweige einer Erkrankungsart seien, als zutreffend beweist. Der Patient hatte eine Psoriasis der Arme bei gleichzeitigem Bestehen eines seborrhoischen Ekzems des Kopfes. F. Harry-Berlin.

Psoriasis.

Soll bei universeller Psoriasis mit Röntgenstrahlen behandelt werden? von Göbl und Voigt-Nürnberg. (M. m. W., 1921, Nr. 44, S. 1423.) Nach Bestrahlung der Hand eines jungen Mannes ging dessen Gesamtpsoriasis zurück. Es handelt sich hier offenbar um eine Umstimmung des ganzen Körpers, besonders des Blutes durch die Röntgenstrahlen. A. v. Notthafft-München.

Follikulitis, Furunkel, Akne.

Terpentinöl und Terpichin bei der Behandlung von Schweißdrüsenabszessen in der Achselhöhle, von Joachim Kuhle-Danzig. (Derm. W., 1922, Nr. 9, S. 293 bis 294.) Sechs Fälle wurden mit Terpichin, drei Fälle mit 30%igem Terpentinöl erfolgreich behandelt. Das Spannungsgefühl und die Schmerzen lassen bald nach den ersten Injektionen nach. In einem Fall kam es zum Spontandurchbruch, in zwei anderen Fällen wurden Rezidive beobachtet. Eine Immunität tritt somit nicht ein. Ein Fall verhielt sich vollkommen refraktär. Für die Behandlung eignet sich Terpichin besser als Terpentinöl, da letzteres Schmerzen verursacht. Es wurde täglich eine, im ganzen zwei bis vier Injektionen verabreicht. F. Harry-Berlin.

Zur Ätiologie der Acne vulgaris, von Franz Seibold-Weiden. (M. m. W., 1921, Nr. 44, S. 1427.) Im Anschluß an Skabies kommt es bei sechs Personen, von welchen fünf einer Familie angehörten, zu hartnäckiger Mitesser- und Aknebildung. Vielleicht war die Behandlung schuld. A. v. Notthafft-München.

Levurinose „Blaes" bei Dermatosen und gleichzeitigen Verdauungsstörungen, von Gillmeister-Zossen. (Klin. ther. Wschr., 1922, H. 5 u. 6, S. 41.) Gute Erfahrungen mit Levurinose in Fällen von Furunkulose und akneartigen sekundären Dermatosen mit und ohne Abszeßbildung. Gaben von dreimal täglich 1 Teelöffel bis ein Eßlöffel in Milch oder Wasser. Daneben sorgfältige örtliche Versorgung der Krankheitsherde und Diätregulierung. Verf. empfiehlt die „Hefebehandlung insbesondere bei pastösen, bleichsüchtigen Patienten mit träger Durchblutung, bei Diabetikern, bei überernährten darmträgen Leuten ohne genügende körperliche Ausarbeitung".

F. Hirsch-Ulm.

Erysipel, Phlegmone usw.

Hämatogene Staphylokokken-Infektionen, ausgehend von Hautherden (Haematogenous Staphylococcus Infections Secondary to Foci in the Skin), von D. B. Phemister-Chicago. (J. Am. m. Ass., 1922, Nr. 7, S. 480—483.) Hinweis auf die Bedeutung der Hautinfektionen mit Staphylokokken, die oftmals sekundär zu Eiterungen in Knochen, Muskeln, Nieren und Fettgewebe führen. Aufzählung von 8 Fällen von Osteomyelitis, 2 Fällen von Nierenabszessen, 3 Fällen von perinephritischen Abszessen und 4 Fällen von Myositis, die alle nach voraufgegangener Hautinfektion mit Staphylokokken entstanden waren. Tierexperimente ergaben den interessanten Befund, daß einzelne Bakterienstämme bestimmte Lokalisationsneigung, z. B. für Knochengewebe usw., zeigten. Das änderte sich auch nicht, wenn durch Tierpassage die Virulenz der Organismen gesteigert war.

F. Quasig-Hamburg.

Digitized by Google

Über die Behandlung der pyogenen Blutinfektion durch intravenöse Anwendung von Urotropin, von Arthur Buzello-Greifswald. (D. Zschr. f. Chir., 1922, Bd. 168, H. 1, 2.) Als Blutinfektion dürfen im Gegensatz zu der örtlichen Infektion nur die Fälle mit den charakteristischen Krankheitserscheinungen (Schüttelfrost, typische Temperaturanstiege, Erbrechen, septische Exantheme) und dem positiven bakteriologischen Nachweis zahlreicher Bakterienkolonien im Blut bezeichnet werden. Bei einer Reihe dieser mit den bisher üblichen Behandlungsmethoden nur schwer beeinflußbarer Erkrankungen (darunter auch Nackenfurunkel, Karbunkel) bewährten sich klinisch intravenöse Urotropineinspritzungen von 4—6 g in einmaliger täglicher Injektion (10—15 ccm einer 40%igen Lösung), obwohl nach Reagenzglasversuchen nur eine viel größere, therapeutisch nicht anwendbare Menge wirksam sein sollte. In 11% der Fälle traten Blasenkomplikationen ein, die sofortiges Aussetzen erfordern, dann jedoch schnell schwinden.

E. Levin-Berlin.

Sklerom, Orientbeule, Milzbrand usw.

Ätiologische Untersuchungen anläßlich eines Falles von Rattenbißkrankheit (Ricerche eziologiche in un caso di Sodoku), von G. M. Fasiani-Turin. (La Rif. Med., 1922, Nr. 13.) Verf. stellt sich die Aufgabe, anläßlich eines in der chirurgischen Klinik in Turin beobachteten Falles von Sodoku das eventuelle Vorhandensein der zuerst von Futaki und seinen Mitarbeitern gefundenen und von anderen japanischen Autoren bestätigten Spirochäta (Sp. morsus muris) nachzuprüfen. Es wurde zu diesem Zwecke das Blut der Kranken während des Fieberanfalles untersucht, damit zahlreiche Kulturen angelegt und eine angeschwollene Drüse teils zu Impfungen, teils zu mikroskopischen Untersuchungen verwendet. Die überaus zahlreichen und mühevollen Versuche des Verf. ergeben in dieser Hinsicht ein negatives Resultat, und nur in einem Meerschweinchen, welches 21 Tage vor dessen Tode mit dem Blute der Kranken 18 Stunden nach Eintritt eines Fieberanfalles peritoneal geimpft worden war, fanden sich mit der Methode von Fontana zahlreiche mit der Spirochäta von Futaki identische Mikroorganismen.

E. Freund-Triest.

Die lokale und allgemeine Serumbehandlung des Hautmilzbrand (The Local and General Serum Treatment of Cutaneous Anthrax), von Joseph C. Regan-Brooklyn. (J. Am. m. Ass., 1921, Nr. 25, S. 1944—1948.) Einleitend schildert Verf. die bisher geübten Behandlungsmethoden bei Milzbranderkrankung. Ablehnung derselben teils wegen Unwirksamkeit, teils wegen Gefährlichkeit. Statt dessen gebraucht R. zur Behandlung das Antimilzbrandserum, das sich sowohl in der Tiermedizin wie beim Menschen gut bewährt habe, vorausgesetzt, daß die Erkrankung nicht schon zu weit fortgeschritten ist, die Anfangsdosen nicht zu klein gewählt sind und nicht chronische Krankheiten, wie Syphilis, Nephritis, hochgradige Myokarditis, vorliegen. Für die gute Wirksamkeit des Serums sowohl bei Hautmilzbrand wie auch bei Milzbrandsepsis sprechen die Erfolge anderer Forscher, auf die Verf. hinweist. Er selbst gebraucht das von Dr. Eichhorn hergestellte Serum. Das Serum wird subkutan zur Umspritzung des Herdes gegeben und auch intravenös; mit letzterem soll begonnen werden.

F. Quasig-Hamburg.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Die medizinische Fakultät der Universität Leipzig hat dem aus Rochlitz in Sachsen gebürtigen Dr. Hermann Klotz in New York das vor 53 Jahren in Leipzig erworbene Doktordiplom erneut.

Primararzt Dr. Hugo Fasal in Wien erhielt den Titel Regierungsrat.

Gestorben: Prof. Juan Azúa y Suárez in Madrid; Dr. C. V. Ditlevsen in Kopenhagen, bekannt durch seine in Westindien und am Kongo gemachten Erfahrungen über Hautkrankheiten; Dr. Gustav Falk in München. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

22. Juli 1922 | Nr. 29 | Band 75

Aus der II. Abteilung für Geschlechts- und Hautkrankheiten des Allgemeinen Krankenhauses in Wien (Vorstand: Prof. Dr. S. Ehrmann).

Bemerkungen zu dem Aufsatz „Beitrag zur Kenntnis des Leukoderma syphiliticum" von Dr. W. Freymann.

Von

Prof. Dr. S. Ehrmann.

Obwohl eben eine von Dr. L. Wertheim und mir auf meiner Abteilung durchgeführte größere Untersuchungsreihe über die Pathologie des Leukoderma syphiliticum nahe ihrem Abschlusse ist und demnächst veröffentlicht werden soll, glaube ich doch, zu dem Aufsatze von W. Freymann (Derm. W., Bd. 74, Nr. 2) schon heute einiges bemerken zu müssen. Ich sehe mich hierzu durch die Tatsache veranlaßt, daß, wie es scheint, die ältere Literatur von Freymann beim Studium dieser Frage wenig Berücksichtigung gefunden hat, und zwar auch in jenen Fällen, wo sie wichtige Argumente vorgebracht hat.

Freymann schreibt: „Zahlreiche Autoren sind der festen Überzeugung, daß das Leukoderm auf dem Boden eines abklingenden oder abgeklungenen makulösen Exanthems entsteht. Brandweiner führt in seiner inhaltreichen und ausführlichen Arbeit zahlreiche klinisch beobachtete Belege für diese Anschauung an. Es ist mir nicht möglich gewesen, auch nur in einem meiner neun in Betracht kommenden Fälle diese Beobachtung zu bestätigen. Entweder hatten die Patienten überhaupt keine Roseola oder sie saß lediglich am Bauch."

Dazu muß ich bemerken, daß ich das Entstehen des Leukoderma auf dem Boden eines vorausgegangenen Exanthems fast 20 Jahre vor Brandweiner und in viel zahlreicheren Fällen als dieser beobachtet, sowie durch genaue Messungen und Zeichnungen unzweifelhaft nachgewiesen habe. (Ich verweise diesbezüglich vor allem auf meine Arbeit im Arch. f. Derm., 1891, Bd. 23, Ergänzungsh., ferner auf meine Abhandlungen in Finger-Jadassohns usw. Handbuch der Geschlechtskrankheiten sowie in Mračeks Handbuch der Hautkrankheiten.) Wenn nun Freymann sagt, daß seine Patienten überhaupt keine Roseola hatten, so muß ich gestehen, daß ich nie die Behauptung wagen würde, ein Patient, den ich kurze Zeit beobachtet habe, habe nie eine Roseola gehabt, da es sich doch oft um ganz flüchtig sichtbare vorübergehende Hyperämien handelt, die der Beobachtung entgehen können. Hierzu kommt, daß zwischen dem Abklingen des Exanthems und dem Sichtbarwerden des Leukoderms Wochen bis Monate vergehen können, so daß nach so langer Zeit kaum

Digitized by Google

ein Mensch ohne weiteres die Behauptung wird aufstellen können, an der Stelle dieses oder jenes Leukodermfleckes sei nie zuvor eine luetische Effloreszenz gewesen. Hingegen konnte ich durch die oben erwähnten Messungen und Pausen leicht das Gegenteil nachweisen. Ich habe ferner in frischen Leukodermaflecken, auch wo vorher makroskopisch kein Roseolafleck zu sehen war, im histologischen Bilde perivaskuläre Infiltrate, bestehend aus Lymphozyten und mehr oder weniger zahlreichen Plasmazellen, wiederholt nachweisen können, eine Tatsache, die Freymann doch hätte in Erwägung ziehen müssen, bevor er die Behauptung aussprach, „wenn die Roseola nicht zur Wahrnehmung kommt, ist sie eben nicht vorhanden". Wenn er ferner die Roseola als „eines der leicht wahrnehmbarsten spezifischen Luesprodukte" bezeichnet, so muß ich demgegenüber aufrichtig bekennen, daß ich wohl sehr oft in Verlegenheit war zu entscheiden, ob in einem bestimmten Falle ein blasser Fleck eine Roseola wäre oder nicht, besonders bei brünetten Leuten, bei Cutis marmorata oder ähnlichen passiven Hyperämien der Haut.

Freymann stellt ferner die Frage: „Warum aber zeigt das Leukoderm eine so beharrliche Vorliebe für gewisse Körperstellen!" Die ausführliche Antwort darauf findet sich in meiner oben zitierten Arbeit im Arch. f. Derm. auf S. 80ff: „Das Leukoderm findet sich an den am häufigsten aus irgend einem Grunde hyperpigmentierten Hautstellen: an dem infolge der Bekleidungsart den Sonnenstrahlen zugänglichen Nacken, allenfalls dem Stamme, an den Achselfalten, wo das Pigment durch die Reibung entsteht, und aus demselben Grunde selten an den Nates und den Oberschenkeln."

Einer der ersten, der ein Leukoderma publizierte, war H. Fox, der schon im Jahre 1876 über eine „Vitiligo syphilitica" bei Negern berichtet hat. Ich selbst habe als junger Arzt auf der Abteilung Hebmann v. Zeissls ein universelles Leukoderma syphiliticum bei einem Neger gesehen. Eine Analogie mit dem Negerleukoderma bietet das auf dem pigmentierten Penis.

Schon Neisser, der in der Beobachtung des Leukoderma den Spuren Oskar Simons folgte, sah bei Bäckern und Schmieden auf den durch Licht- (oder Wärme-?)einwirkung gebräunten Körperstellen Leukoderma auftreten. Ich selbst habe wiederholt — ich verweise auf die oben angeführten Arbeiten sowie auf meine erste diesbezügliche Publikation in der W. m. Presse, Nr. 15 vom Jahre 1889 — mitgeteilt, daß die Arbeiter von den Lagerhäusern am Donaukai in Wien, die in der Sommerhitze vielfach ohne Hemd arbeiten, den Oberkörper durch die Einwirkung der Sonnenstrahlen pigmentiert haben und nach Ausbruch eines Syphilids ein allgemeines, genau bis zum Gürtel reichendes Leukoderma zeigten. Ich habe ferner darauf hingewiesen, daß bei den Weinbergarbeitern ganz charakteristisch die Rückenhaut pigmentiert ist, weil sie bei der Arbeit den Rücken immer der Sonne zuwenden, deren Strahlen infolge der Anlage der Weinberge möglichst senkrecht einfallen. Nach Eruptionen von Syphiliden sah ich wiederholt gerade nur an diesen durch das Hemd gebräunten Rücken das Leukoderma. Ich habe ferner bereits im Jahre 1891

Digitized by Google

auseinandergesetzt, warum das Leukoderm bei den Frauen häufiger ist als bei den Männern. Ich habe gezeigt, daß die Frauen der arbeitenden Klassen bei der Arbeit meist den Nacken bis weit unter den 7. Halswirbel entblößt tragen und ebenso vorn an der Brust weiter hinunter entblößt sind als die Männer, daß sie daher der Entstehung der Lichtbräunung eine größere Fläche darbieten. Da nun ein makulöses Exanthem selten bis über das Niveau der Cartilago cricoidea hinaufreicht, bei den Männern aber gewöhnlich nur die über diesem Niveau gelegene Halspartie frei getragen und von der Sonne gebräunt wird, so ist damit schon die Ursache für das häufigere Vorkommen des Leukoderms bei den Frauen gegeben. Wenn also bereits Neisser in seiner ersten Publikation die angebliche größere Labilität des Pigments bei der Frau für diese Erscheinung verantwortlich gemacht hat, so habe ich schon damals festgestellt, daß das häufigere Erscheinen des Leukoderms bei Frauen auf viel einfachere und natürlichere Art zu erklären ist. Daß das Leukoderm dem Halsausschnitte folgt, habe ich ebenfalls wiederholt betont. Zwei Abbildungen in meinem Atlas zeigen dies deutlich. Das Freihalten des Halses bei der Frau hat übrigens nicht bloß ästhetische Gründe oder Motive der sexuellen Anziehung, sondern einen tiefen physiologischen Grund. Da die Frau vorwiegend kostal atmet, darf sie ihre schräge obere Brustapertur und überhaupt ihren Thorax nicht durch einen hoch oben anliegenden Kragen belasten, der die Exkursionen der Rippen behindern würde. Der Mann, der vorwiegend diaphragmal atmet, kann ohne Behinderung der Atmungstätigkeit die Kleider hoch oben geschlossen tragen. Es wirken also unbewußt Gründe der Atmungsphysiologie wie der sekundären Geschlechtsmerkmale bei der Frau zusammen, daß sie die Hals- und Schultergegend möglichst frei trage. Bei Vaganten und Vagantinnen, die während des größten Teiles des Sommers den Körper der Sonne aussetzen und meist auch Melanosis post pediculos haben, findet man häufig universelles Leukoderm, ebenso wie bei von Haus aus brünetten Individuen. Gerade bei diesen kann man oft genau sehen, wie nach klein-makulösen Syphiliden kleine, nach groß-makulösen Syphiliden große Leukodermflecke entstehen; nach gleichmäßig zerstreuten Syphiliden sind auch die Leukodermflecke gleichmäßig verteilt, nach gruppierten sind sie gruppiert, so daß man, wie ich mich seinerzeit ausgedrückt habe, aus dem Leukoderm nicht bloß die vorangegangene Syphilis erkennen, sondern unter Umständen auch sehen kann, ob sie bereits Rezidive erzeugt hat. Wenn also Freymann sagt, daß sowohl die Lokalisation als auch die Anordnung des Leukoderma gegen eine Entstehung aus einem Exanthem sprechen, so kann ich ihm auch in diesem Punkte nicht beipflichten. Ich erinnere schließlich noch an die in der Literatur niedergelegten Fälle von makulösen Syphiliden, bei denen sich das Leukoderma unter den Augen des Beobachters aus der Makula entwickelte, indem diese zunächst im Zentrum Abblassung und später Depigmentierung zeigten, während fortschreitend peripherwärts noch ein schmaler hyperämischer Ring fortbestand, der schließlich auch mit Depigmentierung schwand, so daß an der Stelle der Makula ein typischer Leukodermfleck zurückblieb. Den ersten derartigen Fall habe ich in jener Arbeit aus dem Jahre 1891 beschrieben, ein ähnlicher wurde später von Brandweiner beobachtet und beschrieben. Einen weiteren

Digitized by Google

Fall dieser Art konnte WERTHEIM im Vorjahre aus meiner Abteilung in der Wiener dermatologischen Gesellschaft vorstellen (Sitzungsbericht der Wiener dermatologischen Gesellschaft vom 28. April 1921) und einen vierten analogen Fall haben wir erst in jüngster Zeit zu Gesicht bekommen. Er soll in der eingangs angekündigten Arbeit seine ausführliche Besprechung finden.

Die Bedeutung der Hautpigmentierung für das Sichtbarwerden des Leukoderms geht schließlich deutlich hervor aus Versuchen, über die ich in der Deutschen dermatologischen Gesellschaft im Jahre 1908 in Frankfurt berichtet habe. Ich zeigte damals Aquarellbilder von Leukoderma syphiliticum, die ich durch Bestrahlung von Hautpartien nach abgelaufenen Exanthemen mit der Uviollampe künstlich erzeugt hatte. Zwei weitere Fälle von experimentell erzeugtem Leukoderm hat WERTHEIM aus meiner Abteilung in der obigen Sitzung der Wiener dermatologischen Gesellschaft vorgestellt.

Inzwischen ist die Zahl unserer diesbezüglichen Beobachtungen beträchtlich gestiegen. Wir werden darüber in der eingangs erwähnten Arbeit berichten. Ich behalte mir übrigens vor, bei dieser Gelegenheit noch auf einzelne, heute nicht berührte Punkte der Arbeit FREYMANNS zurückzukommen.

Aus der Hautkrankenstation der städt. Krankenanstalten zu Elberfeld
(Chefarzt: Prof. Dr. HÜBNER).

Zur Behandlung der Psoriasis vulgaris.

Von

Prof. Dr. HÜBNER.

Kürzlich hat HAUCK[1]) über neue Wege zur Behandlung der Psoriasis berichtet. Das Ergebnis seiner Nachprüfungen war nicht ermutigend: Die von BROCK[2]) empfohlene Bestrahlung der Thymus mit Röntgenreizdosen versagte bei ihm völlig. Nach Proteinkörpertherapie (mit Caseosan und Aolan) zeigte sich wohl eine geringe Beeinflussung der Krankheitsherde, aber kaum je wirkliche Heilung. So kommt HAUCK schließlich zu der sehr bedingten Empfehlung einer neuen, von BORY[3]) angegebenen Methode: der intramuskulären Injektion, einer Mischung von Schwefel, Guajakol, Kampfer und Eukalyptol in Sesamöl. Nach 7—12 solcher, recht schmerzhafter und von Fieber gefolgten Injektionen soll in 60% der Fälle die Psoriasis geheilt, in 20% gebessert und in 20% unbeeinflußt geblieben sein. Aber auch diese Methode ist, wie HAUCK ausführt, noch lange nicht die ideale Psoriasistherapie. Außer auf die nicht seltenen Fehlschläge ist hier auf die oft sehr erheblichen lokalen nud allgemeinen Reizerscheinungen hinzuweisen, ferner auf die lange Dauer der Behandlung, die uns bei der klinischen Nachprüfung des Verfahrens

[1]) Arch. f. Derm., Bd. 135. — [2]) Strahlenther., Bd. 11, H. 2. — [3]) Presse méd., 1917, Nr. 32; 1918, Nr. 47.

Digitized by Google

oft zwang, schließlich noch zur Salbenbehandlung überzugehen, welch letztere man durch die Injektionen ja gerade vermeiden wollte.

Unter diesen Umständen war es erklärlich, daß wir auch nach Kenntnis des Borysschen Verfahrens noch nach anderen Behandlungswegen für die so häufige und für den Befallenen so lästige Psoriasis suchten. Wir begannen daher vor etwa einem halben Jahre mit der Nachprüfung einer Methode, die von Sachs-Wien[1]) herrührt. Sachs hat kein neues Mittel in die Therapie der Psoriasis eingeführt, aber er wählte für ein längst bekanntes und bewährtes Antipsoriatikum einen neuen Weg zur Anwendung. Er gab seinen Kranken die Salizylsäure, die ja ein Hauptbestandteil der bekannten Dreuwschen Salbe ist, als Natrium salicylicum in 20% steriler Lösung intravenös, und zwar in Dosen von 2—3—4 g, also 10—15—20 ccm der 20%igen Lösung jeden zweiten bis dritten Tag, dann in den gleichen Abständen je 4 g bis zur Gesamtdosis von 21—28 g Natrium salicylicum. Er beobachtete dann, ohne jede externe, lokale Therapie, zunächst eine schwache Herxheimersche Reaktion, dann ein Abschuppen, Blässerwerden und schließlich Verschwinden der Psoriasisherde, aber „nur bei rezenten Fällen".

Bei unseren Nachprüfungen konnten wir zunächst feststellen, daß die intravenösen Injektionen so hoher Dosen von Natrium salicylicum, die ja von französischer Seite jetzt auch zur Behandlung des Gelenkrheumatismus empfohlen werden, anstandslos und ohne jede Störung von den Kranken vertragen werden. Dann konnten wir auch die von Sachs beobachtete Abschuppung und die Abblassung der Effloreszenzen bestätigen. Allerdings hatten wir meist nicht den Eindruck, daß diese Veränderung bis zum völligen Verschwinden der Herde führen würde, vielleicht weil wir nicht nur ganz rezente Fälle spritzten, sondern weil ganz frische Fälle gerade nicht zur Verfügung standen, als die zur Aufnahme kamen, mit Ausnahme der ganz inveterierten alten Formen. Würde man sich an die von Sachs aufgestellte Indikation, nur rezente Fälle nach seiner Methode zu behandeln, strenge halten, so würden die Mehrzahl der Psoriasiskranken den Segnungen dieser Behandlungsart gar nicht teilhaft werden können, denn diese beschränken sich nicht nur auf die ganz frischen Fälle und liegen überhaupt auf einem ganz anderen Gebiet als dort, wo Sachs sie vermutete.

Als wir nämlich dazu übergingen, die mit 4—5 Salizylinjektionen vorbehandelten Kranken mit $^1/_4$—$^1/_2$%ige Chrysarobinzinkpasten weiterzubehandeln, sahen wir zu unserer Überraschung, daß die Wirkung dieser ganz schwachen Chrysarobinpasten sehr erheblich gesteigert war: Es trat sehr bald eine sehr starke Chrysarobinrötung der Haut auf, die ja wie die nach Anwendung hochprozentuierter Chrysarobinsalben entstehende fast ohne subjektive Reizerscheinungen verlief. Die Psoriasisplaques blaßten innerhalb der tiefgeröteten Haut schnell ab und erschienen — hell in roter Umgebung — wie das photographische Negativ ihrer früheren Gestalt, kurz, die Heilung verlief bei Anwendung der $^1/_4$—$^1/_2$%igen Chrysarobinzinkpasten unter Weitergabe der Salizylinjektionen so, als wäre eine

[1]) Diskussionsbemerkung in der Sitzung der Ges. der Ärzte in Wien vom 21. I. 1921. Ref. W. kl. W., 1921, Nr. 16.

Digitized by Google

5—10%ige Chrysarobinsalbe gebraucht, nur ohne die unangenehmen, bei der letzteren kaum vermeidbaren Nebenwirkungen, wie Konjunktivitis, der üblen Verfärbung der Wäsche und der unappetitlichen Totaleinfettung des Körpers. Auch war eine erhebliche Abkürzung der Behandlungszeit erreicht, da nach der etwa 14tägigen Vorbehandlung mit Salizylinjektionen nur noch eine äußere Behandlung von etwa zwei Wochen bis zum völligen Verschwinden der Psoriasiseffloreszenzen erforderlich war, während man bei der üblichen Behandlung bei großen Fällen mit hochprozentuierten Chrysarobinsalben wohl mit einer Behandlungszeit von sechs Wochen, mit den angenehmeren schwachen Chrysarobinzinkpasten mit einer noch längeren Behandlungszeit zu rechnen hat.

Wir sehen mithin den Hauptvorteil der von SACHS in die Psoriasistherapie eingeführten intravenösen Salizylinjektionen darin, daß sie die Haut für das Chrysarobin in merkwürdiger Weise sensibilisieren. Man könnte sich vorstellen, daß die von den Hautkapillaren aus keratolytisch wirkende Salizylsäure dem perkutan wirkenden Chrysarobin das Vordringen zu den Krankheitsherden erleichtert. Man könnte aber auch annehmen, daß durch das Zusammentreffen der beiden Arzneimittel im Krankheitsherd eine neue Verbindung entsteht, die in statu nascendi stark hautreizend und dadurch antipsoriatorisch wirkt, analog der auch von zwei Seiten her angreifenden Jod-Chinintherapie des Lupus erythemathodes nach HOLLÄNDER. Wenn mithin zunächst auch noch die Ursache der Wirkung dunkel bleibt, so ist doch in der beschriebenen Kombinationsbehandlung ein Weg gewiesen, der die guten Eigenschaften des bisher besten Antipsoriatikums, des Chrysarobins, schneller, angenehmer und ohne Nebenwirkung zutage treten läßt, als es bisher möglich war.

Aus der dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin (Dirig. Arzt: Prof. Dr. BUSCHKE).

Über eine durch das Achorion violaceum hervorgerufene Erkrankung des behaarten Kopfes.

Von

Dr. FELIX HARRY, Assistent der Abteilung.

Im Jahre 1911 beschrieb BLOCH [1]) eine bis dahin noch unbekannte Favusvarietät, das Achorion violaceum, dessen wesentlichster Unterschied gegenüber den anderen Favuserregern in seinem violetten Farbenton bestand. Das Material zu den Pilzkulturen lieferten ihm vier kurz hintereinander beobachtete Fälle aus Basel und Umgebung. In dem ersten Falle handelt es sich um einen runden Herd von 5 cm Durchmesser, der sich in der rechten Glutäalfalte fand und etwa einer oberflächlichen Trichophytie glich. Der Rand war von stecknadelkopfgroßen Bläschen und entzündlichen, hochroten Knötchen gebildet. Die dem Rand innen

[1]) Derm. Zschr. 1911.

Digitized by Google

angrenzende Partie war etwas weniger erhaben, gerötet und mit grauweißen, festhaftenden Schüppchen bedeckt. Das Zentrum des Herdes war noch flacher, blaßlivide und ebenfalls mit Schüppchen besetzt. In der sagittalen Hälfte des Herdes befanden sich zwei stecknadelkopfgroße, runde Skutula von für Favus typischer, napfförmiger Gestalt und schwefelgelber Farbe. Diese Skutula ließen sich leicht herausheben, wonach entsprechend große, ziemlich tiefe, blutende Ulzera entstanden. Mikroskopisch wiesen die Skutula ein Gewirr von teils plumpen, teils feinen, am Rande radiär ausstrahlenden Myzelfäden und dichte Klumpen von Sporen auf. Beim zweiten Fall zeigte sich unterhalb des rechten Auges am inneren Augenwinkel ein 3 cm langer und 2 cm breiter Herd, der aus einer wallartigen, geröteten, mit Bläschen, Knötchen und Krüstchen bedeckten Randpartie und einem den größten Teil des Herdes einnehmenden, tief gelegenem, zerklüftetem Zentrum bestand. Das Zentrum war mit schmutziggelben und schwefelgelben, weichen, bröckligen Massen ausgefüllt. Der mikroskopische Befund entsprach dem des ersten Falles. Beim dritten Fall fand sich an der rechten Hinterbacke ein fünfmarkstückgroßer, runder Herd, dessen Rand erhaben und von Knötchen und Bläschen besetzt war. Einige Stellen des Randes waren epithelentblößt, im Zentrum fehlte die Epidermis vollkommen, so daß hier eine graurote, nässende Fläche zutage lag. Skutula waren nicht vorhanden. Ein zweiter kleiner, runder Herd, nur aus Bläschen und Pustelchen bestehend, ließ sich am rechten Oberschenkel feststellen. Der vierte Fall schließlich wies an der rechten Hand einen fünfmarkstückgroßen, ovalen, scharf abgegrenzten Herd auf, der vollkommen einer Trichophytia superficialis vesico-squamosa glich und ebenfalls Skutulabildungen vermissen ließ. Der Randwall war lebhaft rot, mit Bläschen, Börkchen und Knötchen besetzt, die zentrale Partie war flacher, livid braunrot, mit zahlreichen Schuppen und Krusten bedeckt. In den Bläschen und Schuppen ließen sich zahlreiche gewellte, verzweigte Myzelfäden nachweisen. Aus dem aus Nährböden verschiedenster Zusammensetzung überimpften Material, das aus Epidermisschüppchen, dem Inhalt der randständigen Bläschen und Skutulapartikelchen bestand, entwickelten sich in allen vier Fällen Pilzkulturen, die neben den für Favus charakteristischen Symptomen als Besonderheit eine tiefviolette Pigmentierung aufwiesen, derentwegen BLOCH die Varietät mit dem Namen Achorion violaceum belegte.

Diesen vier von BLOCH beschriebenen Fällen sind wir in der Lage einen fünften anzureihen. Die Affektion zeigte sich diesmal auf dem behaarten Kopf und wies schon rein klinisch auf den Favuscharakter der Erkrankung hin.

Es handelt sich um einen 11 Jahre alten Knaben, der aus Rußland stammt, und am 25. X. 1921 auf die Abteilung aufgenommen wurde. Er hatte sich $1^1/_2$ Jahre vorher eine Zeitlang auf dem Lande aufgehalten. Kurz nach seiner Rückkehr in die Stadt bemerkte die Mutter Entzündungen auf dem Kopf. Anfang 1921 setzte Haarausfall ein, der sich unaufhaltsam verschlimmerte. Da sich die Erkrankung auf die in Rußland eingeleitete Salbenbehandlung nicht besserte, brachte die Mutter das Kind nach Deutschland und, nachdem von anderer Seite die Diagnose Trichophytie gestellt war, zur Aufnahme in das RUDOLF-VIRCHOW-Krankenhaus.

Aufnahmebefund: Der behaarte Kopf zeigt über beiden Scheitelbeinen 3 cm lange, 1 cm breite atrophische Hautpartien, die unregelmäßig verteilt sind. Außerdem sind einzelne runde, etwa linsengroße, vertiefte Narbenbildungen vorhanden. Auf dem

Digitized by Google

Hinterkopf befindet sich ein markstückgroßer, kahler, atrophischer Herd. Die noch übriggebliebenen Haare sehen glanzlos aus und brechen bei der Epilation nicht ab. Skutalabildungen sind nicht vorhanden. Mikroskopisch wurden doppelt konturierte, große, runde bis rechteckige Sporen nachgewiesen. Die Therapie bestand zunächst in Röntgenbestrahlung. Nach der dadurch erzielten Epilation sämtlicher Haare sah man außer den beschriebenen Atrophien und Narben einige, unregelmäßig über die ganze Kopfhaut verteilte, kreisrunde, markstückgroße Herde, deren Rand livid verfärbt, erhaben, leicht infiltriert und schuppend war. Das Zentrum war eingesunken und atrophisch. Auf die Behandlung mit Jodtinktur bildeten sich die Herde zurück, nur die im Zentrum vorhandenen Atrophien blieben bestehen.

Während aus der Form und Anordnung der Sporen in den Haaren eine bestimmte Diagnose nicht gestellt werden konnte, wiesen die Atrophien und narbigen Prozesse jedoch schon rein klinisch auf einen Favus hin. Den Beweis dafür erbrachten die Kulturen. Als Impfmaterial dienten Haare. Als Nährsubstrat wurde gewöhnlicher Agar, 1% Traubenzuckeragar und Maltoseagar nach SABOURAUD verwendet.

Die Kulturen entwickelten sich sehr langsam. Nach 14 Tagen sah man auf SABOURAUD-Agar ein kaum stecknadelkopfgroßes, violett gefärbtes Gebilde. 2—3 Wochen später hatte die Kultur einen Breitendurchmesser von etwa 5 mm und einen Höhendurchmesser von 2 mm. Die Oberfläche ist höckrig, besteht aus unregelmäßigen Falten und Einbuchtungen. Das Pigment ist dunkel, fast schwarzviolett geworden. Der Nährboden selbst hat sich in einem größeren Umkreis, als dem Umfang der Kultur auf der Oberfläche entspricht, dunkelviolett verfärbt. 2 Monate später ist das Aussehen der Kultur wenig verändert. Der Farbenton ist gleich geblieben. Die Kultur ist vielleicht etwas größer geworden. Rascheres und vollkommeneres Wachstum erzielt man auf gewöhnlichem Agar und 1% Traubenzuckeragar, besonders wenn man die Kulturröhrchen gleich nach der Beimpfung auf 2—3 Tage in den Brutschrank stellt und dann auf dem Heizkörper stehen läßt. Immerhin bleibt es hinter der Entwicklung einer Trichophytonkultur zurück. Nach etwa 8—10 Tagen bildet sich ein stecknadelkopfgroßer, violetter Höcker mit radiär verlaufenden Streifen. 3 Wochen alte Kulturen imponieren als flache, runde Scheiben mit zentralem Knopf, von dem 3—4 radiär verlaufende Furchen ausgehen. Diese reichen bis an die Peripherie der Scheibe und teilen sie in Sektoren. 4 Wochen später sind die Scheiben mehr erhaben. Der zentrale Höcker ist auch mehr in die Höhe gewachsen und überragt den peripherischen Teil bei weitem. Die Zahl der radiären Streifen ist außerdem größer geworden. Die Kultur macht jetzt den Eindruck, als ob sie aus einzelnen kleinen Rosetten zusammengesetzt ist, die eine größere mehr erhabene zentrale Rosette umschließen. Auf 1% Traubenzuckeragar erzielt man ebenfalls rascheres Wachstum als auf SABOURAUD-Agar. Das Pigment ist dunkler als bei den auf gewöhnlichem Agar gewachsenen Kulturen. Außerdem ist das Aussehen der Kulturen ein anderes. Man kann von Anfang an nicht zwischen zentraler und peripherischer Zone unterscheiden. Die Oberfläche ist uneben, von gekrümmten, unregelmäßig verlaufenden, hirnartigen Windungen durchzogen. BLOCH weist in seiner Arbeit bereits auf das polymorphe Aussehen der Kulturen nicht nur auf verschiedenartigen Nährboden, sondern auch auf solchen gleicher Zusammensetzung hin. Die von ihm beobachteten Flaumbildungen haben wir nie gesehen, dagegen wiesen einzelne Kulturen an ihrer Peripherie gelblich-wachsartige Partien auf.

Digitized by Google

Die Myzelien sind unregelmäßig septiert und verschieden dick gestaltet. Neben den Myzelien findet man in großen Haufen beieinanderliegende, ovale, runde und rechteckige Sporen, die ein dunkelviolettes Pigment enthalten. Die sich aus ihnen entwickelnden Myzelfäden verzweigen sich gabelförmig oder hirschgeweihartig und sind teilweise violett gefärbt.

Die Fruktifikationsformen bestehen aus ähren- oder traubenartig angeordneten Ektosporen und keulenförmigen Spindelsporen. Die mikroskopische Untersuchung der Struktur des Kulturmaterials bot somit keine Handhabe für die Diagnose Favus, da, wie SABOURAUD ausgeführt hat, derartige Fruchtbildungen auch bei anderen Pilzarten vorkommen können.

Daß es sich aber in dem oben beschriebenen Fall um eine durch einen Favuspilz, und zwar das Achorion violaceum hervorgerufene Erkrankung handelt, beweisen folgende Umstände. Die Kultur wächst bei Zimmertemperatur nur sehr langsam. Rascheres Wachstum wird durch 2—3 tägigen Aufenthalt im Brutschrank und weiterhin durch Züchtung in höheren Temperaturen, die über dem Heizkörper vorhanden sind, erzielt.

Der Pilz gedeiht vollkommener auf kohlehydratfreiem und stickstoffreichem Nährboden. Die Kulturen wiesen auch das von EGYEDI (Zbl. f. Bakt., Bd. 87, Heft 7/8) beschriebene Merkmal auf, das einen Fingerzeig für die mikroskopische Unterscheidung von Favus- und Trichophytonpilzen gibt. Jene haben in ihrem Tiefenwachstum eine größere flächenhafte Ausdehnung als an der Oberfläche des Nährsubstrats, während Trichophytonpilze diese Eigenart nicht besitzen. Schließlich war auch das klinische Bild, obwohl keine Skutula zur Zeit der Aufnahme des Patienten vorhanden waren, so eindeutig, daß man auch ohne Kulturen die Diagnose Favus hätte stellen können, da die narbige Atrophie dem behaarten Kopf ein für diese Pilzerkrankung charakteristisches Aussehen gab, zudem Prof. BUSCHKE hierauf die Diagnose Favus sine scutulis gründete und von vornherein den kultivierten Pilz für einen Favus hielt. Unsere kulturellen Befunde wurden von Prof. PLAUT in Hamburg bestätigt, dem wir wegen der Seltenheit des Vorkommens des Achorion violaceum eine Schrägagarkultur zugesandt hatten. Anfangs freilich schien sie ihm nicht charakteristisch zu sein; sie imponierte sogar bei der makroskopischen Betrachtung als Trichophyton violaceum. Das spätere biologische und morphologische Verhalten des von ihm auf SABOURAUD-Agar überimpften Kulturmaterials war aber dann derartig eindeutig für Favus beweisend, daß Prof. PLAUT unserer Diagnose beipflichtete. War somit der Favuscharakter der Erkrankung klinisch und kulturell festgestellt, so ließ das violette Aussehen der Kulturen keinen Zweifel mehr übrig, daß es sich in diesem Fall um das Achorion violaceum handelte. Was noch unseren Fall auszeichnet, ist der Umstand, daß das klinische Aussehen der auf der behaarten Kopfhaut lokalisierten Affektion von vornherein für Favus sprach, während sich bei den von BLOCH beschriebenen Krankheitsbildern teils rein trichophytieartige Bildungen, teils solche mit favösen Prozessen (Skutulabildungen) kombiniert fanden.

Digitized by Google

Ein Fall von knötchenförmigem, pustulösem, ekthymatösem, wucherndem Jodausschlag oder Jododerma tuberosum[1]).

Von

Dr. Menahem Hodara und Dr. Houloussi Behdjet in Konstantinopel.

Übersetzt von Dr. Ernst Levin-Berlin.

Mit 1 Abbildung im Text.

Wir gestatten uns Ihnen die Photographie einer an einem knötchenförmigen, pustulösen, ekthymatösen, wuchernden Jodausschlag oder Jododerma tuberosum leidenden Frau vorzuzeigen, die wir vor einigen Wochen gemeinsam in der Sprechstunde des Dr. Hodara beobachtet haben.

Abb. 1.
Jododerma tuberosum, hervorgerufen durch Einnehmen einer Jod-Eisenmedizin.

Diese Frau litt seit erst 14 Tagen an ungefähr 20—30 verschiedenartigen Läsionen an der Stirn, den Wangen, der Nase, dem Kinn und den Handrücken. Einige, knötchenförmig, mit hartem infiltriertem lebhaft gefärbtem Grunde und weichem eitrigem Kopfe, 1—2 cm im Umfange, glichen kleinen syphilitischen Gummen. Andere Läsionen, in rundlicher oder ovalärer Form von 2, 3 oder 4 cm Durchmesser, exzentrisch vergrößert, zeigen ein hervorragendes, wucherndes, mit einer dicken Kruste bedecktes Zentrum, umgeben von einem eitrigen peripheren ekthymaartigen Saum. Dies hätte an ein malignes wucherndes Syphilid denken lassen können, aber die außerordentlich schnelle Art und Weise, in der alle diese Knötchen eitrig wurden und sich in 14 Tagen rapide exzentrisch ausbreiteten, schloß klinisch die Diagnose Syphilis ohne weiteres aus, und wir mußten die Ursache in der Aufnahme von Brom oder Jod suchen, also an ein Bromoderma oder Jododerma denken.

Wir erkundigten uns bei der Frau nach dem Einnehmen irgend eines Medikamentes und erfuhren, daß sie seit zwei Monaten ein solches

[1]) Mitteilung in der Sitzung der Dermatologischen Gesellschaft in Konstantinopel vom 5. Juni 1921.

Digitized by Google

von einem amerikanischen Arzte erhalten habe, dessen Rezept sie jedoch nicht bei sich hatte.

Wir ersuchten sie, die Medikation auszusetzen und uns das Rezept zu bringen und nahmen eine Photographie von ihr.

Nach zwölf Tagen stellte sich die Kranke von neuem mit dem Rezepte vor, das einen Jodeisensyrup betraf, und durch die gänzliche Ausschaltung des Jods waren die Läsionen völlig geheilt. An Stelle der eitrigen Knötchen und der großen peripher eitrigen und im Zentrum wuchernden und mit Krusten bedeckten Läsionen sah man nur Pigmentflecke von der Form und Größe der Knötchen und der rundlichen, ekthymatösen und eitrigen Plaques. Man sah kaum einige Reste noch erhaltener Krusten. Wir bedauern, daß wir keine Photographie der geheilten Kranken aufnehmen konnten, da diese sich weigerte, sich nochmals dazu herzugeben. Diese Photographie wäre außerordentlich wirksam gewesen. Das rapide klinische Schwinden der Krankheit nach Aussetzen des Jods ließ keinen Zweifel darüber, daß es sich um einen knötchenförmigen, pustulösen, ekthymatösen und wuchernden Jodausschlag mit rapider peripherer Ausbreitung handelte. Bekanntlich kann das Jododerma tuberosum noch einige Wochen nach Aussetzen des Jods bestehen bleiben. Es ist selten, daß so tief infiltrierte, eitrige, wuchernde und ekthymatöse Läsionen in einem Zeitraume von zwölf Tagen verschwinden, und deshalb haben wir den Fall für interessant genug gehalten, um ihn mitzuteilen.

Aus der dermatologischen Abteilung des Städt. Krankenhauses Wiesbaden
(Oberarzt: Dr. C. GUTMANN).

Darf das nach der ersten Salvarsaninjektion auftretende Fieber für die Diagnose Lues verwertet werden?[1])

Von

C. GUTMANN.

Vor einigen Monaten hat E. KLEBE in einer kleinen Mitteilung darauf hingewiesen, daß bei klinisch unklaren, nicht durch die Serumreaktion und den Spirochätenbefund sichergestellten Erkrankungen, d. h. fraglichen Primäraffekten, durch Erzeugung des sogenannten Spirillenfiebers mittels einer Salvarsaninjektion oft eine Klärung herbeigeführt werden könne, und schlug demgemäß vor, in verdächtigen Fällen beim Versagen der anderen Untersuchungsmethoden eine „diagnostische" Salvarsaninjektion, wie er sie bezeichnet, zu geben. Man würde in nicht wenigen Fällen durch das Spirochätenfieber überrascht werden. Kurzum KLEBE sieht in dem nach einer Salvarsaninjektion etwa auftretenden Fieber ein für die Diagnose Lues verwertbares Symptom.

Kurz darauf hat dann OELZE diese diagnostische Salvarsaninjektion entschieden abgelehnt unter Hinweis darauf, daß dieselbe einmal eine

[1]) Vorgetragen im Verein der Ärzte Wiesbadens am 17. V. 1922.

Digitized by Google

weitere mikroskopische Untersuchung auf Spirochäten für längere Zeit aussichtslos mache, zweitens auch in ihren Resultaten überaus unsicher sei; denn es sei allgemein bekannt, daß Fieber nach einer Salvarsaninjektion nur bei einem vergleichsweise geringen Prozentsatz der Syphilitiker eintrete, und auf der anderen Seite bestehe für ihn kein Zweifel, daß manche nicht luetische Personen auf diese Injektion mit Temperaturerhöhung reagieren würden.

Ich selbst hatte auch sofort nach dem Erscheinen der KLEBESchen Arbeit die Absicht, zu dem Vorschlag KLEBES Stellung zu nehmen, und zwar ebenfalls in ablehnendem Sinne unter Anführung der gleichen Gründe, wie sie OELZE ins Feld führt. Ich nahm aber zunächst davon Abstand, weil ich, abgesehen von einer kleinen Reihe von Nichtsyphilitikern, die ich vor vielen Jahren einmal mit Salvarsan gespritzt hatte, keine Erfahrung darüber besaß, wie sich nicht an Lues leidende Menschen hinsichtlich der Temperatur gegenüber der einmaligen intravenösen Applikation dieses Mittels verhalten. Inzwischen ist es mir möglich gewesen, diese Frage zu prüfen, freilich nur an einem verhältnismäßig kleinen Material. Ehe ich jedoch die erzielten Ergebnisse mitteile und dem gegenüberstelle, wie unsere letzten 242 völlig unbehandelten Luesfälle auf die erste intravenöse Injektion reagiert haben, möchte ich noch aus einer Arbeit von ASSMANN einiges herausgreifen, was für die Frage der etwaigen diagnostischen Verwertbarkeit der nach einer intravenösen Salvarsaninjektion sich einstellenden Temperaturen von wesentlicher Bedeutung ist.

ASSMANN hat 20 Nichtluetikern zweimal 0,3 Altsalvarsan gegeben, jedesmal gelöst in 39 ccm Aqua dest. + 21 ccm 1/10 Normalnatronlauge. Die Temperaturbefunde waren folgende: kein Temperaturanstieg in 2 Fällen. Nur nach der ersten Einspritzung fieberten 4 (bis 37,5 keiner, bis 38,5 drei, über 38,5 einer). Nach beiden Einspritzungen bekamen Fieber 12 Fälle (bis 37,5 sechs, bis 38,5 fünf, über 38,5 einer). Hieraus ergibt sich, daß fast alle diese Nichtsyphilitiker nach den Salvarsaninjektionen Temperatursteigerungen zeigten, mehr als die Hälfte der Fälle nach beiden Injektionen. Was speziell das Verhalten der Patienten nach der ersten Injektion anlangt, so fieberten danach von den 20 Fällen 16, mithin $^4/_5$, ein enormer Prozentsatz! Wie hoch das Fieber in den einzelnen Fällen dabei gestiegen ist, kann leider nicht ermittelt werden, da bei den nach beiden Einspritzungen fiebernden 12 Fällen die Temperaturen nicht getrennt nach der ersten und zweiten Injektion angegeben sind. Immerhin steht das fest, daß der Prozentsatz verhältnismäßig hoch fiebernder im ganzen genommen ein recht beträchtlicher ist.

Unsere eigenen Resultate stehen dazu in einem auffallenden Gegensatz.

Was zunächst die 10 Nichtluetiker angeht, die vor einer Reihe von Jahren einmal alkalisiertes Altsalvarsan mittels der WEINTRAUDschen Infussionsbürette, und zwar in Dosen von 0,3 (9 Fälle) und 0,2 (1 Fall) erhielten, so wurde diese Infusion durchweg von allen Patienten nach jeder Richtung hin völlig reaktionslos vertragen.

Von den im Laufe der letzten Zeit gleichfalls einmal mit Salvarsan gespritzten 25 Fällen erhielten 22 Erwachsene Neosalvarsan Dosis III und 3 (nämlich ein 9jähr. und ein 12jähr. Knabe mit Mikrosporie und

Digitized by Google

ein 16jähr. Mädchen mit Lupus vulgaris) Neosalvarsan Dosierung II, gelöst in 10 ccm bidestilliertem, sterilisiertem Wasser. Danach hatten, zweistündlich gemessen, Temperaturen bis 37,0 11 Fälle, 37,1—37,5 7 Fälle (einmal 37,1, dreimal 37,2, zweimal 37,3, einmal 37,5), 37,6—38,0 4 Fälle (einmal 37,6, zweimal 37,7, darunter der 9jähr. Knabe, einmal 37,8), 38,1—38,8 3 Fälle (einmal 38,1, einmal 38,2, einmal 38,8, nämlich das 16jähr. Mädchen mit Lupus). Nebenbei bemerkt stellten sich sonst Störungen von Belang nicht ein.

Es fieberten also, wenn ich unsere beiden Serien zusammenfasse, von insgesamt 35 Fällen, 21 überhaupt nicht. 7 Fälle hatten eine minimale Temperaturerhöhung, und nur in weiteren 7 Fällen war die Injektion von Temperaturen gefolgt, die sich zwischen 37,6 und 38,8 bewegten; mithin stellte sich Fieber im ganzen 14 mal ein, d. h. in $^2/_5$ aller Fälle.

Die ganz außerordentlich großen Differenzen zwischen Assmann und uns, die sowohl hinsichtlich des Prozentsatzes der Fiebernden als auch in bezug auf die erreichten Temperaturhöhen bestehen, vermag ich nicht zu erklären. Aber eines geht doch übereinstimmend aus den beiderseitigen Versuchsreihen hervor, nämlich daß Nichtsyphilitiker eine intravenöse Salvarsaneinverleibung mehr oder minder häufig mit mehr oder minder hoher Temperatursteigerung beantworten.

Wie verhält sich nun demgegenüber die Temperatur bei Syphilitikern nach der ersten Salvarsaneinspritzung? Wiederum sei hier zunächst auf Assmann zurückgegriffen, dessen Luesfälle, soweit ich dieselben hier verwende, ebenso wie die obigen Nichtluetiker zweimal 0,3 Altsalvarsan erhielten.

Es fieberten bei Assmann nach der ersten Injektion von 25 wassermann-negativen Primärfällen 22, von 52 Lues II-Fällen sämtliche, von 10 Lues III-Patienten 8, von 20 Patienten mit Lues latens 15.

Zusammengefaßt hatten demnach unter insgesamt 107 Fällen im Anschluß an die erste Einspritzung 97, das sind etwa 90 %, Temperatursteigerungen. Besonders muß betont werden, daß bei diesen Syphilitikern ein bedeutend größerer Prozentsatz höhere Temperaturen erreichte, als dies bei den gleich behandelten Nichtluetikern der Fall war. Das gilt insbesondere für die Fälle mit Lues II, also für das Stadium der größten Spirochätendispersion.

Wenn ich nunmehr eine Übersicht über die Temperaturverhältnisse nach der ersten intravenösen Injektion bei unseren Syphilitikern gebe, so muß ich gleich vorweg bemerken, daß ein Vergleich zwischen den von Assmann und uns gemachten Feststellungen nicht ohne weiteres zulässig ist, und zwar aus folgenden Gründen:

1. ist unser Material nicht einheitlich behandelt wie das Assmannsche, indem nämlich die Patienten teilweise Silbersalvarsan, zum Teil auch Neosalvarsan allein, überwiegend aber letzteres, gemischt mit Sublimat oder Novasurol oder Cyarsal, erhalten haben;

2. haben wir in unseren Fällen in der Regel 0,1 Silbersalvarsan, oder Neosalvarsan Dos. II, oder dieses letztere Präparat in gleicher Menge, aber vereint mit den oben genannten Hg-Verbindungen gegeben, bleiben daher hinsichtlich der Höhe der Dosis hinter Assmann, der, wie erwähnt, 0,3 Altsalvarsan verabfolgt hat, zurück. Namentlich dieser letztere Punkt

Digitized by Google

ist für die Deutung der, wie die folgenden Zahlen zeigen werden, auch hier wieder hervortretenden, wenn auch weniger erheblichen Differenzen zwischen den beiderseitigen Resultaten m. E. nicht ohne Belang.

Von unseren 15 Patienten mit seronegativer Lues I hatten 3 kein Fieber, weitere 3 37,1—37,5, 4 37,6—38,5 und 5 Fälle 38,6 und mehr.

Bei Lues II (Lues I wassermann-positiv, Lues I + II, Lues II rezidiv., insgesamt 192 Fälle) ergab sich folgendes: kein Fieber 51 mal, bis 37,5 45 mal, bis 38,5 36 mal, 38,6 und mehr 60 mal.

Unter 35 Fällen von Lues III, Lues latens usw. fieberten 10 nicht; 17 bekamen Fieber bis 37,5, 6 bis 38,5, 2 38,6 und darüber.

Es reagierten also unter dem gesamten Material von 242 Fällen nicht mit Fieber 64 Patienten = 26,4 %. Demgegenüber stehen 178 fieberhafte Reaktionen = 73,4 %, mithin annähernd 17 % weniger als bei Assmann. Hohe Temperaturen von 38,6 und mehr wurden gemessen in 27,6 % der Fälle. Was nun speziell die Fälle von Syphilis I mit negativer WR angeht, die ja eigentlich einzig und allein im Rahmen dieser Ausführungen interessieren, so ist deren Zahl, es handelt sich um 15, natürlich viel zu gering, um allzuviel damit anfangen zu können. Immerhin ist zu beachten, daß 3 davon überhaupt nicht fieberten, und weitere 3 in so minimalem Maße, daß diese kleine Temperaturkuppe bei weniger sorgfältiger Kontrolle zweifellos der Beobachtung entgangen wäre; und hinsichtlich der höchstreagierenden 5 Fälle ist zu bemerken, daß bei 4 unter ihnen im weiteren Verlauf eine positive Schwankung der Serumreaktion festgestellt werden konnte, diese Fälle daher nicht mehr als Primärfälle im strengen Sinne des Wortes angesprochen werden dürfen. Im übrigen ist es wohl berechtigt, anzunehmen, daß im allgemeinen die Aussichten auf einen fieberlosen Verlauf der ersten Salvarsaninjektion in diesem Stadium um so mehr steigen werden, je näher dem Infektionstermin der betreffende Patient sich befindet.

Auf alle Fälle läßt sich aus dem gesamten hier mitgeteilten Material, trotz der Diskrepanz zwischen Assmann und uns, folgendes ersehen:

Fieberreaktion nach ersten Salvarsaneinspritzungen tritt nicht, wie Oelze meint, bei einem vergleichsweise geringen, sondern bei einem sehr erheblichen Prozentsatz der Syphilitiker ein, nach unseren Feststellungen in 73,4 %, nach Assmann in etwa 90 % der Fälle. Auch die seronegative Primärperiode der Lues ist davon nicht ausgenommen. Immerhin läßt ein nicht unerheblicher Teil der Luesfälle, bei uns etwa $^1/_4$ des Materials, jeglichen Temperaturanstieg vermissen. Und selbst bei unseren Fällen von Lues II, also in den spirochätenreichsten Stadien, ergibt sich annähernd der gleiche Prozentsatz Nichtfiebernder.

Andererseits ist erwiesen, daß auch ein nicht unbeträchtlicher Teil syphilisfreier Menschen, wenn man ihnen Salvarsan gibt, Fieber bekommt, wenn auch offensichtlich bei weitem nicht so häufig und vor allem nicht in solcher Stärke wie Luetiker.

Wenn aber somit einerseits Syphilitiker nach einer Salvarsaneinspritzung keineswegs ausnahmslos zu fiebern brauchen, auf der anderen Seite keineswegs selten Nichtsyphilitiker auf Salvarsan mit Fieber reagieren, so fällt damit die Basis, auf der Klebe seinen Vorschlag aufgebaut hat, im Frühstadium der Lues eine Salvarsaninjektion gegebenenfalls als dia-

Digitized by Google

gnostisches Hilfsmittel in Anwendung zu bringen, um im Falle eintretenden Fiebers die Diagnose auf Syphilis zu stellen. Mit anderen Worten, fieberhafter Verlauf einer Salvarsaninjektion läßt nicht ohne weiteres die Diagnose Syphilis zu, so wenig wie fieberloser Ablauf die Diagnose Syphilis auch nur mit einiger Sicherheit auszuschließen erlaubt. Es muß daher dringend vor der Anwendung dieser von Klebs sogenannten „diagnostischen" Salvarsaninjektion gewarnt werden. Die Diagnose Primäraffekt ist unter allen Umständen auf andere Weise zu erhärten.

Literatur.

E. Klebs, Das Spirillenfieber als diagnostisches Hilfsmittel. M. m. W., 1921, Nr. 42, S. 1363. — F. W. Oelze, Ist die „diagnostische Salvarsaneinspritzung" berechtigt? M. m. W. 1921, Nr. 48, S. 1560. — G. Assmann, Ist das nach den ersten Quecksilber-, bzw. Salvarsangaben auftretende Fieber als rein spezifisch anzusprechen? Arch. f. Derm., 1921, Bd. 135. S. 20. — C. Gutmann, Über intravenöse Injektionen mit Toxynon, einem neuen Quecksilberpräparat, bei Syphilitischen und Nichtsyphilitischen. B. kl. W., 1913, Nr. 34 und 35.

Fachzeitschriften.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 10. November 1921.

Decrop und Salle: **Vorlegung eines Albums mit photographischen Darstellungen über Syphilis und Dermatologie in Marokko** (Remise d'un Album de documents photographiques concernant la Syphiligraphie et la Dermatologie marocaines).

Cl. Simon und P. Renty: **Fall von Lebersyphilis, zunächst für Echinokokkenzyste gehalten und als solche operiert; dann mit Röntgenstrahlen behandelt** (Un cas de syphilis hépatique pris d'abord pour un kyste hydatique et opéré comme tel; traité ensuite par les rayons X). Der Fall zeigt, daß auch die Chirurgen öfter an Syphilis denken sollten.

Gastou und Tissot: **Ausbreitung einer intensiven — sogenannten norwegischen — Krätze von zweijähriger Dauer auf das Gesicht mit Gängen und Milben** (Extension au visage avec sillons et acare d'une gale intense — dite norvégienne — ayant duré deux années).

Hudelo und Boulanger-Pilet: **Tertiäre syphilitische Myositis des linken M. genio-hyoideus** (Myosite syphilitique tertiaire du muscle génio-hyoidien gauche). Rückgang der tumorartigen Schwellung unter kombinierter Behandlung.

Montlaur und Cailliau: **Atrophie und Pigmentierungen; Fall zur Diagnose** (Atrophie et pigmentations; cas pour diagnostic). Bei einem 9jähr. Knaben waren zunächst Blaseneruptionen aufgetreten, zur Zeit zeigt er am ganzen Körper Pigmentflecken, depigmentierte Flecken, Teleangiektasien, an den Extremitäten stellenweise geringe Schuppenbildung; kein Jucken; Handmuskeln etwas atrophisch. Zahlreiche Stigmata kongenitaler Syphilis, WR mehrmals negativ. Mikroskopisch: partielle Atrophie der Epidermis, intensivere Läsionen des Koriums (degenerativer Zustand des Bindegewebes, beträchtlicher Schwund des elastischen Gewebes, angiomatöser Zustand mit Läsionen von Endoperivaskularitis, Zell- und Pigmentinfiltrate). Differentialdiagnostisch wurde zunächst am meisten an Xeroderma pigmentosum gedacht, diese Diagnose aber wieder fallen gelassen. Darier denkt auch an diese, mehr noch an Epidermolysis bullosa, es würde sich dann um eine eigenartige Dystrophie kongenitalen Ursprungs handeln.

Lévy-Franckel und Blamoutier: **Fall von papillomatöser Tuberkulose der Zunge** (Un cas de tuberculose papillomateuse de la langue). Die Diagnose ist nur durch die histologische Untersuchung möglich.

Lévy-Franckel und Offret: **Favus des Augenlides** (Favus de la paupière). Isolierter Favus an unbehaarten Teilen ist verhältnismäßig selten.

Digitized by Google

Milian und Périn: **Dysidrosis und Syphilis** (Dysidrose et syphilis). Die wahre Dysidrosis (Bläschen und bisweilen Blasen mit dicken Wandungen an den Händen, besonders den Seitenrändern der Finger, ohne dazwischen liegende periphere entzündliche Reaktion sich entwickelnd) ist nicht, wie allgemein angenommen, von der Jahreszeit abhängig. Milian fand sie nur bei Syphilitikern, was auch für die beiden vorgestellten Fälle zutrifft. Spirochäten waren in dem Blaseninhalte nicht nachweisbar. Es handelt sich vielleicht um eine trophische oder vielmehr sympathische Störung, deren zugrunde liegende Läsion syphilitischer Natur wäre. Darier ist mehr für eine parasitäre Ätiologie.

G. Milian: **Die Lokalisation der Phthiriasis an der hinteren Achselfalte** (La localisation de l'emmanchure postérieure dans la phthiriase). Diese Lokalisation ist ebenso charakteristisch wie die an der vorderen Achselfalte für Krätze.

Sauphar: **Alopecia areata im Anschluß an einen Zeckenstich** (Alopécie peladoide consécutive à une piqûre de tique). Es fehlt die Depression und Atrophie. Die Haut ist trocken und rauh und ein wenig rot.

Sauphar und Périn: **Pruritus mit Lichenifikation. Lymphozytenvermehrung in der Lumbalflüssigeit** (Prurit avec lichénification. Réaction lymphocytaire du liquide céphalo-rachidien). Es wird hierin der Beweis für eine organische Ursache der Neurodermitiden erblickt.

Jean Roberti: **Fall von Prurigo nodularis** (Un cas de prurigo nodularis). Seit zwei Jahren bestehend, Papeln ähnlich wie bei Prurigo ferox, jedoch nur sehr geringes Jucken, keine Urtikaria vor den ersten Erscheinungen. Histologischer Befund wie bei Prurigopapeln (beträchtliche Hyperakanthose, Papillarkörper hypertrophisch, ödematös mit einzelnen dilatierten Gefäßen und perivaskulären Lymphozytenringen). Differentialdiagnostische Unterscheidung von den sonstigen Prurigoformen. Dieselbe Affektion ist unter dem Namen Urticaria perstans beschrieben; analoge Fälle auch als Lichen obtusus.

Paul Moure: **Zwei Fälle von Autoplastik im Gesicht durch gestielte Hautlappen vom Schädel** (Deux cas d'autoplastic faciale par lambeau cutané, crânien pédicule). Nach der Durchschneidung des Stieles waren die Haare ausgefallen, um dann wieder zu wachsen.

Sebileau und Dufourmentel: **Völlige Wiederherstellung des Kinnes durch überpflanzte Hautlappen vom Nacken und Schädel** (Restauration complête du menton par greffes cutanées cervicales et crâniennes). Die Haut des Schädels ist durch ihren großen Gefäßreichtum zur Plastik besonders geeignet.

L. Danel: **Toxische vesikulo-bullöse Dermatitis nach dem Gebrauche von Cryogenine** (Dermatite toxique vésiculo-bulleuse due à l'usage de la cryogénine). Wiederholtes Auftreten der Erscheinungen im Munde durch Einnehmen von Cryogenine = Metabenzamidosemikarbazid.

Louis Bory: **Der lympho-granulomatöse Schanker** (Le chancre lympho-granulomateux). Bei Ausschluß von Syphilis und Ulcus molle entwickeln sich charakteristische Drüsenschwellungen, als deren Ursache fast stets nachweisbare, oft sehr geringe Erosionen der Genitalien in Betracht kommen. Histologisch ergibt sich ein subakuter, bis zu einem gewissen Grade dem bei Tuberkulose und Syphilis beschriebenen vergleichbarer Prozeß; jedoch fehlen die Lymphozyten fast völlig und die Gefäßläsionen bestehen ausschließlich in Hypertrophie der Kerne der Adventitia verbunden mit plasmatischer Infiltration des Gewebes.

Louis Bory: **Wiederauftreten virulenter Sekundärerscheinungen im Verlaufe einer spezifischen Behandlung neun Jahre nach dem Schanker** (Réapparitions d'accidents secondaires virulents à la suite d'un traitement spécifique, neuf ans après le chancre). Das Auftreten der Erscheinungen während der übrigens bei negativer WR eingeleiteten zweiten Kur wird durch die ganz ungenügende und unregelmäßige Behandlung im Beginn der Erkrankung erklärt.

Louis Bory: **Fall von Pian** (Un cas de pian). Der Fall zeigt die außerordentlich nahe Verwandtschaft der Erkrankung (vielleicht Identität des Ursprungs?) mit der Syphilis. WR stark positiv, nach Fontana sehr feine, gut charakterisierte Spirochäten, von der Pallida sehr schwer zu differenzieren, Heilung nach Hg und Salvarsan. Der Kranke war ein sudanesischer Soldat.

Ch. Flandin und A. Tzanck: **Die antikoagulierenden Eigenschaften des Salvarsans und ihre Verwendung im Laboratorium und der Klinik** (Les propriétés anticoagulantes des arsénobenzènes et leur utilisation au laboratoire et en clinique). Die antikoagulierenden Eigenschaften sind in vitro und in vivo nachweisbar. Die Untersuchungen erstreckten sich auf die Resistenz der Blutkörperchen, Hämolyse, Konservie-

Digitized by Google

rung von Blutkörperchen für die Komplementablenkung, desensibilisierende Autoplasmatherapie, Plasmatherapie, Bluttransfusion. Aderlaß, antithrombosierende Wirkung.

J. Montpellier und A. Lacroix: **Fall von Melano-Epitheliom bei einem algerischen Muselmann** (Un cas de mélano-épithéliome chez un musulman Algérien). Die Geschwulst hatte sich auf einem seit der Kindheit bestehenden Pigmentnävus entwickelt. Während bereits zahlenmäßig nachgewiesen ist, daß die malignen Epitheliome der Haut bei den Eingeborenen Nordafrikas nicht seltener sind als bei Europäern, liegen über melanotische Tumoren nur sehr spärliche Beobachtungen vor. Es hängt dies vielleicht mit der Seltenheit der Nävi zusammen.

J. Montpellier und A. Lacroix: **Zu Heilzwecken bewirkte bindegewebige Umwandlung der Varizen durch örtliche intravenöse Einspritzungen von Hydrargyrum bijodatum** (Fibrose curative des varices par injections intraveneuses locales de biiodure de Hg). Um 5—10 cm einer Vene zu veröden, genügt gewöhnlich eine Einspritzung von 1 ccm einer 1%igen Lösung; es handelt sich dabei, wie Reagenzglasversuche ergeben, nicht um eine Gerinnung des Blutes. Die Erfolge waren sehr gute, die Methode wird auch für große variköse, für die chirurgische Behandlung nicht geeignete Pakete empfohlen.

Louis Fournier und Louis Guénot: **Behandlung der Syphilis mit Wismutsalzen** (Traitement de la syphilis par les selles de bismuth). Es wurden gute Erfolge mit verschiedenen Verbindungen (wismut-weinsteinsaurem Kalium und Natrium in öligen Suspensionen) erzielt. Aus dem Schanker verschwanden die Spirochäten oft schon am nächsten Tage, die Überhäutung erfolgte in durchschnittlich 14 Tagen, die Induration und die Drüsenschwellungen schienen schneller zu schwinden als nach Salvarsan. Wie bei diesem heilten von den Sekundärerscheinungen am schnellsten die im Munde, auch die übrigen Erscheinungen einschließlich meningitischer gingen schnell zurück. Auch auf tertiäre Erscheinungen war ein guter Einfluß festzustellen; Besserung, doch kein Verschwinden bei Leukoplakie. Über die Wirkung bei der viszeralen Syphilis kann noch nichts gesagt werden. Rückfälle sind bisher nicht eingetreten. Die WR wird erst allmählich vom Ende des ersten Behandlungsmonats an negativ. Für eine erste Kur scheinen 2—3 g im Monat geeignet zu sein, die Behandlung dürfte bis zum Negativwerden der WR fortgesetzt werden. Unangenehme Nebenerscheinungen sind bisweilen Schmerzen und entzündliche Reaktionen an den Injektionsstellen, besonders aber die sehr häufige Imprägnierung der Mundschleimhaut durch das Wismut und die damit verbundene Stomatitis, die besondere Aufmerksamkeit auf die Mundpflege erfordert. Die Ausscheidung des Wismuts, die durch den Urin, Speichel, Schweiß usw. erfolgt, ist in ersterem von 18—20 Stunden nach der Einspritzung an nachzuweisen und erstreckt sich nach einer mittleren Behandlung auf 20—30 Tage.

Louis Fournier und Schwartz: **Die Pluralität der Syphilisspirochäten** (Pluralité des Tréponèmes de la syphilis). Von zwei menschlichen Schankern stammendes Virus ergab bei der mit der gleichen Technik erfolgten Impfung auf Kaninchen durch die Zeit der Inkubation und die morphologischen Charaktere durchaus verschiedene Läsionen. Diese Unterschiede sind ohne Abschwächung von Kaninchen auf Kaninchen übertragbar. Die gekreuzte Impfung der beiden Virusarten auf von ihrem ersten Schanker geheilte Kaninchen ist möglich, während Reinokulationen von Virus desselben Typus negativ bleiben. Wahrscheinlich gehören also die beiden so isolierten Spirochäten, obgleich sie im Dunkelfeld nicht voneinander zu unterscheiden sind, verschiedenen Rassen an.

A. Tzanck und Dohen: **Behandlung der seronegativen Syphilis mit sukutanen Salvarsaneinspritzungen** (Valeur du traitement de la syphilis à la phase préhumorale par les injektions sous-cutanées d'arsénobenzènes). Bei dem Versuche, die hochdosierten intravenösen Einspritzungen durch fraktionierte subkutane zu ersetzen, ließen sich die gefürchteten unangenehmen Nebenwirkungen der ersteren zum Teil vermeiden; direkt beunruhigende Zwischenfälle blieben aus, ebenso Ikterus, dagegen zeigten sich beträchtliche fieberhafte Reaktionen und häufige Erytheme. Bei einem Vergleich der beiden Methoden an seronegativen Fällen zeigte sich der intravenöse Weg dem subkutanen überlegen, da letzterer in mehr als der Hälfte der Fälle das vorübergehende Auftreten einer positiven WR gegen den 20. Tag des Schankers nicht verhindern konnte.

Sitzung vom 8. Dezember 1921.

G. Milian: **Nummuläre erythematös-sklerotische Erscheinungen** (Erythématosclérose numuluaire). An den Beinen gleichmäßig kupferfarbene, leicht atrophische, isolierte oder in Haufen stehende kreisförmige Effloreszenzen mit polyzyklischen Rändern;

Digitized by Google

der Rand ist ganz wenig erhaben und beim Überstreichen sehr hart. Die Affektion erinnert an das Granuloma annulare, bei dem es sich jedoch um Ringe, nicht wie hier um Kreise handelt. Im Zentrum kleine von Kruste bedeckte Ulzeration. Schnitte ergeben ein unzweifelhaftes tuberkuloides Gewebe, so daß als Ätiologie mit Sicherheit Tuberkulose anzunehmen ist.

A. Tzanck: **Desensibilisierende Auto-Serotherapie des rezidivierenden Herpes** (Auto-Sérothérapie désensibilisatrice de l'herpès récidivant). Ausbleiben der bis dahin jahrelang bei drei Pat. in der Handfläche, im Gesicht, an den Lenden wiederholten Eruptionen nach Einspritzungen von Eigenserum. Darier wünscht den Begriff des rezidivierenden Herpes strenger zu präzisieren und die auf ein und dasselbe Nervengebiet begrenzten Fälle den zosteriformen Eruptionen zuzuschreiben.

Ch. Flandin und A. Tzanck: **Rezidivierender Herpes des Gliedes. Erfolgreiche Impfung auf die Kaninchenkornea** (Herpès récidivant de la verge. Inoculation positive à la cornée du lapin). Im Verlaufe der Impfung kam es zu Keratitis, Konjunktivitis, nervösen Allgemeinerscheinungen, Krämpfen, Hemiparese, Koma. Es ergibt sich daraus die Virulenz des Blaseninhaltes, auch wenn es sich um einen rezidivierenden Herpes auf anscheinend nichtinfektiöser Basis handelt. Milian ist der Ansicht, daß es sich hier nicht um einen rezidivierenden Herpes im eigentlichen Sinne, sondern um einen gewöhnlichen infektiösen Herpes handle; der scheinbar rezidivierende Herpes des Gliedes ist das Ergebnis wiederholter Kontagionen.

Jeanselme und Blamoutier: **Fall von Keratosis blennorrhoica mit strenger Lokalisation an der Glans** (Un cas de kératose blennorragique strictement localisée au gland). Klinisch einwandfreier Fall mit positivem Gonokokkenbefund, dessen Besonderheit in der von der gewöhnlichen abweichenden Lokalisation sowie darin liegt, daß er bei einem in sonst vorzüglichem Gesundheitszustande befindlichen Pat. auftrat. Die Entstehung wird hier auf örtliche Inokulation, nicht auf Infektion von der Blutbahn aus zurückgeführt.

Hudelo, Boulanger-Pilet und Cailliau: **Hautdystrophie und Atrophie infolge von Fehlen des elastischen Gewebes** (Dystrophie cutanée atrophiante par agénésie élastique). Bei einem 10jähr., zu früh geborenen und in der Entwicklung zurückgebliebenen Mädchen treten bei häufig wiederholtem Hinfallen regelmäßig ausgedehnte Hautblutungen auf. Klinisch zeigen sich weiße Narben, ein an Cutis laxa erinnernder Zustand der Haut sowie an zahlreichen dem Druck ausgesetzten Stellen braungefärbte und runzlige Haut, die extrem verdünnt ist, und durch die erweiterte Venen hindurchschimmern. Beim Palpieren zwischen zwei Fingern fühlt sie sich teigig-weich an, man hat den Eindruck wie von subkutanen Angiomen. Histologisch finden sich in der Kutis sehr zahlreiche Gefäße, zum Teil ektasiert und thrombosiert, in den Wandungen der kleineren Gefäße zahlreiche embryonale oder hyaline Zellen; stellenweise gewinnt man den Eindruck eines richtigen angiomatösen Gewebes. Besonders hervortretend ist der Mangel des elastischen Gewebes in den Gefäßwänden und dem oberen Abschnitt des Koriums; in dessen tiefem Abschnitt und im Unterhautbindegewebe besteht es in der Form schmaler Bänder, homogener und hyaliner Züge vom Typus des Kollazins. Das Bindegewebe befindet sich in hyaliner Degeneration. Der Zustand ist als ein, wenn nicht angeborener, so doch in frühester Kindheit infolge Störung der inneren Sekretion aufgetretener zu betrachten.

Marcel Pinard und Deglaire: **Leukoplakie der Zunge bei einer Frau** (Leucoplasie linguale chez la femme). Vorgestellt wegen der Seltenheit bei Frauen. Phthise. Positive WR.

F. Lemaitre und A. Aubin: **Zwei Fälle von Autoplastik wegen syphilitischer Perforation des Gaumens** (Deux cas d'autoplastie pour perforation syphilitique de la voûte palatine). Die Operationsmethode lehnt sich an die Uranostaphylorraphie an.

Loiselet und Hikhary: **Ein Fall von Lepra gebessert durch Kalium-Kalziummanganat** (Un cas de lèpre amélioré sous l'influence du traitement par le manganate calcico-potassique). Die intravenösen Einspritzungen waren mit starken fieberhaften Reaktionen verbunden. Wesentliche Beeinflussung sämtlicher Symptome, besonders auch des Allgemeinzustandes; Freibleiben von neuen Erscheinungen zwei Monate lang.

Pathault: **Über die Häufigkeit anscheinend banaler gastro-intestinaler Erkrankungen, die auf Syphilis zurückzuführen sind** (Sur la fréquence des accidents gastro-intestinaux d'apparence banale qui doivemt être imputés à la syphilis). Alle möglichen Formen von gastro-intestinalen Krankheitserscheinungen können auf Syphilis beruhen, Fehlen sonstiger Syphiliserscheinungen darf nicht von der Stellung der Diagnose abhalten. Versagen der üblichen symptomatischen Behandlung ist stets verdächtig.

Digitized by Google

GEORGE THIBIERGE: **Sehr ausgebreitete pruriginöse Eruption durch Katzenräude hervorgerufen** (Eruption prurigineuse très étendue provoquée par la gale du chat). Die große Ausdehnung der Erscheinungen bildet einen Gegensatz zu den früher beobachteten Fällen.

W. DUBREUILH und JOULIA: **Ein Fall von Katzenräude** (Un cas de gale du chat).

W. DUBREUILH: **Toxische Serien von Novarsenobenzol** (Séries toxiques de novarsénobenzol). Die nitroiden Krisen sind auf Toxizität des Präparates zurückzuführen, ebenso vielleicht auch andere Zufälle.

W. DUBREUILH: **Fall von Kolloidmilium** (Cas de milium colloide). Gruppenförmige Eruptionen im Gesicht und am linken Handrücken. Sie täuschen konfluierende Bläschen vor, doch sind die anscheinenden Bläschen nicht rund, sondern polygonal, beim Einstechen entleert sich keine Flüssigkeit, sondern eine gelatinöse Masse.

W. DUBREUILH: **Nagel-Botryomykom** (Botryomycome unguéal). An der Nagelwurzel bildet sich in der Mittellinie eine Öffnung, aus der eine kleine rote, nässende, schmerzhafte, fleischartige Geschwulst hervorwächst, die sich mit einer Kruste bedeckt. Heilung ohne Narben durch Röntgenbehandlung. E. Levin-Berlin.

Bücherbesprechungen.

Säuglings- und Kleinkinderpflege in Frage und Antwort, von ERICH KRASEMANN-Rostock. (Leipzig 1922, Georg Thieme.) Das Büchlein wendet sich in erster Linie an diejenigen, die sich der beruflichen Ausbildung der Säuglings- und Kleinkinderpflege widmen wollen. Es wird ihnen, dank der leichtfaßlichen Darstellung des Lehrstoffes in Frage und Antwort ein willkommenes Repetitionsbuch sein. Aber auch Mütterkreisen wird das Werkchen ein wertvoller Ratgeber sein. H. Soltmann-Leipzig.

Die Geschichte der Kosmetik (Eine kultur-historische Studie) (Dějiny kosmetiky. Kulturně historická studie), von EMIL ŠEDIVÝ. (Verlag von O. Pyšvejc.) Dieses Buch, welches uns auf 214 Seiten und 11 bildlichen Abbildungen im Texte eine ausführliche monographische Bearbeitung der Geschichte der Kosmetik auf Grund der Originalarbeiten bietet, ist mit großer Freude zu begrüßen. Das Werk, welches in drei große Teile zerfällt (I. Völkerkunde, II. Altertum, III. Die alten Slaven und Tschechen) und auf breiten kultur-historischen Fundamenten steht, berücksichtigt, soweit es nötig ist, auch die verschiedenen Trachten, Schmucksachen, Haarfrisuren usw. In dem III. Teil, der sich mit der Kosmetik der alten Slaven und Tschechen beschäftigt, möchte ich auch den größten Wert des vorliegenden Buches sehen. Hier finden wir zum ersten Male mit großem Fleiße gewissenhaft und kritisch bearbeitet alles das, was in historischen Abhandlungen, alten medizinischen und ähnlichen Schriften nicht nur tschechischen, sondern auch anderssprachigen über dieses Theme zu finden ist. In dem Anhang wendet sich S. sehr zeitgemäß gegen die übertriebene, nicht begründete und unwissenschaftliche Reklame der modernen Kosmetik. Er ist der Überzeugung, daß nur ein guter, erfahrener Dermatologe auch ein guter Kosmetiker sein kann. Wir müssen dem Verf. sehr dankbar sein, daß er ein so vorzügliches Buch geschrieben hat und dem Verleger, daß er genug Mut gefunden hat, ein so spezielles Thema bearbeitendes Buch herauszugeben. K. Hübschmann-Prag.

Die Therapie der Nasentuberkulose, von WALTER STUPKA-Insbruck (Leipzig 1922, Kabitzsch.) Von einem Rhinologen geschrieben, bietet die 59 Seiten lange Studie für den Dermatologen eine wertvolle Ergänzung zu eigenen Erfahrungen über Behandlung der Schleimhauttuberkulose. Aus dem geschichtlichen Teil ist interessant, daß im Gegensatz zum Lupus der äußeren Haut (WILLAN, 1798) derjenige der Nasenschleimhaut eigentlich erst in den achziger Jahren nach der KOCHschen Entdeckung anerkannt wurde. Die Wandlung, die die Therapie mit dem Fortschreiten auf allen Gebieten der Medizin, zuletzt der Technik, machte, wird eingehend besprochen. Hierzu zahlreiche Literaturangaben in Fußnoten. Ausführlicher wird die Handhabung der bisherigen Operationsverfahren beschrieben. Einleitend zur Kasuistik bringt Verf. Angaben über Zusammenhang von Klinik und Pathologie der verschiedenen Erscheinungsformen. Einer zu weit gehenden Differenzierung wird entgegengetreten. Eingeteilt wird in: ulzerierende und poliferierende Grundform, letztere in die Unterabteilungen der tumorösen Form, der infiltrativ-granulierenden, flächenhaften Form und schließlich des Schleimhautlupus.

Digitized by Google

Die besten Resultate geben die tumorösen Formen, ebenso die infiltrativen; am zweifelhaftesten quoad Recidiv sind die Formen des Schleimhautlupus, zumal, wenn mit Prozessen der äußeren Haut vergesellschaftet. Von Komplikationen sind Erkrankungen der Nebenhöhlen, vor allem der Siebbeinhöhlen und des Tränensacks, zu erwähnen. Während Verf. bei den ersten Formen unter Umständen mit operativer Methode allein auskommt, braucht er für die letztere hauptsächlich chemische Mittel. Kaltkauter, Finsen, Quarzlichttherapie, Röntgen-, Gold-, Kupfertherapie werden nur anhangsweise gewertet und erwähnt. G. W. Unna-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Sklerom, Orientbeule, Milzbrand usw.

Über Vorkommen virulenter Milzbrandbazillen in käuflichen Rasierpinseln (Occurrence of Virulent Anthrax Bacilli in Cheap Shaving Brushes), von Douglas Symmers und D. W. Cady-New York. (J. Am. m. Ass., 1921, Nr. 27, S. 2120 u. 21.) Von 36 Fällen von Hautmilzbrand, die von Oktober 1915 bis November 1921 ins Bellevue-Hospital (New York) kamen, waren 10 durch Gebrauch von Rasierpinseln zustande gekommen. Dem Gesundheitsamt in New York gemeldet wurden in 1 Jahr und 9 Monaten (1919/20) 34 Fälle von Hautmilzbrand, davon 17 nach Gebrauch von Rasierpinseln. Durch bakteriologische Untersuchung von von Hausierern gekauften Rasierpinseln wurde die interessante Tatsache der Milzbrandübertragungsmöglichkeit bei 3 Fällen von 41 einwandfrei festgestellt. 32 wiesen Bazillen auf, die morphologisch und kulturell den Milzbranderregern glichen, doch waren die Tierexperimente negativ. Nur 6 Pinsel ergaben keine verdächtigen Kolonien. Nach Ansicht des Verf. ist die Möglichkeit der Erkrankung an Milzbrand für den Menschen dadurch herabgemindert, daß er hochgradig immun dagegen ist. Er hält es aber auch für möglich, daß infolge von Mischinfektionen noch oft Fälle von Milzbrand übersehen werden. Verf. hält bakteriologische Prüfung der zum Verkauf gelangenden Rasierpinsel, besonders der importierten, für erforderlich. Z. B. hat die britische Regierung die Einfuhr von japanischen Rasierpinseln aus Pferdehaar wegen der Häufigkeit von Milzbrandübertragung ganz verboten. F. Quasig-Hamburg.

Über einen Fall von akutem Rotz, von Alexander Lessing-Zwickau i. Sa. (Bruns Beitr. z. klin. Chir., 1922, Bd. 125, H. 2, S. 433—443.) Bei dem hier beschriebenen Falle fällt eine eigenartig bandförmige Erysipelausbreitung auf dem Nasenrücken und die Kokardenform des variolaartigen Pustelausschlages auf. Die Therapie ist durch die Versuche mit Autovakzine bereichert worden. W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Über Espundia, von Robert Mehrdorf. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., Path. u. Ther. exot. Krankh., 1922, Bd. 26, Nr. 1, S. 1—5.) Verf. berichtet über eine Erkrankung im tropischen Südamerika, die große Ähnlichkeit mit Ulcus cruris hat. Es sind teils oberflächlichere, teils tiefer gehende, einzeln auftretende, meist an den Unterschenkeln, aber auch an den Armen, Händen oder Hodensack sitzende Geschwüre, die bei Indianern und Negern, selten bei Weißen vorkommen. Einzelne Fälle führen zu monströsen, hypertrophischen, blumenkohlartigen Geschwürsbildungen. Salvarsan ist ohne Erfolg. Heilung tritt nach sehr verschieden langer Dauer unter antiseptischen Pudern und Salbenverbänden ein, aber unter Hinterlassung großer rundlicher Narben mit dunkler Pigmentierung. Eine schwierige Komplikation sind Geschwürsbildungen in der Nasenschleimhaut, aber ohne Knochenbeteiligung. Diese sollen endogen auf dem Blutwege entstehen, da sie häufig erst jahrelang nach der Vernarbung der Hautgeschwüre auftreten. Therapeutisch sind sie gleichfalls gut beeinflußbar. Ätiologisch hat sich nichts feststellen lassen. G. Assmann-Kiel.

Belichtungs- und Ernährungsstörungen usw.

Zusammenfassende Betrachtung des heutigen Standes der Vitaminfrage in theoretischer und praktischer Hinsicht, von E. Rothlin. Aus dem Physiologischen Institut Zürich. (Schweiz. m. W., 1922, Nr. 9.) Eingehende kritische Darlegungen der bisherigen Forschungsergebnisse über die Bedeutung der Vitamine, die besser als akzessorische Nahrungsstoffe bezeichnet werden sollten. Übersicht über die in ihnen ex-

Digitized by Google

perimentell nachgewiesenen, jedoch in ihrer Zugehörigkeit zu einer chemischen oder biologischen Körperklasse noch nicht aufgeklärten verschiedenen Faktoren. Theorien über ihre Wirkungsweise, praktische Ergebnisse für die physiologischen Ernährungsbedingungen. Von Einzelheiten sei nur das Zurückführen der Pellagra auf eine Nahrung erwähnt, die insuffizient in Hinsicht des fettlöslichen A-Faktors, deren Eiweißgehalt unzureichend in quantitativer und qualitativer Beziehung: Fehlen einer, für den Organismus unbedingt erforderlichen Aminosäure, des Tryptophans in dem im Mais als Eiweißkörper speziell enthaltenen Zein; jedoch ist es noch fraglich, ob es sich bei der Pellagra um eine sog. Avitaminose handelt. E. Levin-Berlin.

Endokrine Störungen.

Zur Frage der funktionellen Beziehungen zwischen dem Drüsenparenchym des Ovarium und der Nebennierenrinde, von M. G. Serdjukoff-Ssaratow (Rußland). (Virch. Arch., Bd. 237, H. 1/2, S. 154—164.) Aus einer größeren Anzahl Versuche mit trächtigen und nichtträchtigen Katzen hat sich ergeben, daß zwischen der sekretorischen Funktion der Nebennierenrinde, des Parenchyms, des Corpus luteum und der interstitiellen Drüsen des Ovariums eine funktionelle Abhängigkeit besteht, die sich in Veränderungen in den Zellen sekretorischen Charakters zeigt. Diese spielen eine vikariierende Rolle zwischen diesen 3 Drüsen. Für den Funktionssynergismus der genannten 3 Drüsen spricht auch der lipoide Charakter ihres Sekretes. Die Produktion des lipoiden Sekretes steigert sich in den Nebennieren bei einer sekretorischen Funktionsstörung der interstitiellen Drüse, des Corpum luteum und umgekehrt. G. Assmann-Kiel.

Hypophysenbefunde bei akuten Infektionskrankheiten, von A. Plaut-Hamburg. (Virch. Arch., Bd. 237, H. 1/2, S. 165—183.) Bei 35 Sepsisfällen fand sich in der Hälfte der Fälle eine metastatische Hypophysenerkrankung, und zwar scheinen Endokarditis und Staphylokokkämie am leichtesten zu Metastasen in der Hyphyse zu führen. In der Mehrzahl der Fälle, die durch Streptokokken hervorgerufen waren, blieb die Hypophysis herdfrei. Von 12 Fällen puerperaler Sepsis haben 7 positiven Befund. Die mikroskopische Untersuchung der Hypophyse bei einer Anzahl infektiöser, aber nicht eigentlicher septischer Erkrankungen (Pneumonie, Typhus, Scharlach, Masern, Keuchhusten) haben keine wesentlichen positiven Resultate gezeitigt. Bei 26 Grippesektionen fand sich nur 1 Fall mit Metastasen in der Hypophysis. Klinisch hatten sich nirgends Hypophysensymptome gezeigt. Es handelt sich wahrscheinlich um embolische Prozesse in der Hypophysis. G. Assmann-Kiel.

Das Vorkommen von Syphilis beim kindlichen Hypothyreoidismus und Myxödem (The Incidence of Syphilis in Hypothyroidism and Myxedema in Children), von Murray B. Gordon-Brooklyn, NY. (New York m. J., 1922, Bd. 115, Nr. 6.) Die Syphilis spielt keine große ätiologische Rolle bei der Entstehung von Hypothyroidismus und Myxödem bei Kindern, sie kann allerdings diese Zustände dadurch, daß sie die Schilddrüse befällt, hervorrufen. E. Levin-Berlin.

Fall von Sclerema neonatorum (Case of Sclerema Neonatorum), von Eleanor Bourne. (Lancet, 1922, Nr. 5139, S. 368.) Es handelt sich um einen Knaben von $5^1/_2$ Pfund bei der Geburt, der zunächst völlig normale Haut zeigte. Am 5. Tage wurde er somnolent, unfähig zu saugen, die Beine wiesen eine teigige Schwellung auf. Am 6. Tage zeigte die Haut an beiden Beinen, Gesäß, Nacken, Hals, Wangen- und Nasengegend eine knorpelartige Konsistenz, war vollkommen trocken, teils zyanotisch, teils fahl und wachsartig, mit der Unterlage fest verwachsen. Der Gesichtsausdruck wurde starr und maskenartig, der Urin sauer, der Atem roch nach Azeton, die Stimme wurde heiser, die Temperatur subnormal und Puls kaum fühlbar. Das Kind wurde dauernd bei 40—41° gehalten, erhielt täglich $^1/_{16}$ g Thyreoidinextrakt, außerdem Klistiere von Soda und alle 4 Stunden 1 g Soda durch den Mund. Vom 14. Tage erhielt es nur noch wöchentlich 2 mal $^1/_8$ g Thyreoidinextrakt, die Einläufe wurden allmählich fortgelassen, die umgebende Temperatur allmählich heruntergesetzt, bis es am 22. Tage in normaler Temperatur war. Nach $6^1/_2$ Wochen ist nur noch eine geringe Härte der Wangen zurückgeblieben, die mit 9 Monaten völlig geschwunden war. Zu dieser Zeit hatte das Kind sein normales Gewicht. Die Therapie bezweckte Bekämpfung der subnormalen Temperatur, des funktionellen Versagens der Thyreoidea durch Darreichung von Thyreoidinextrakt und Bekämpfung der Azidität und der Toxine des Intestinaltraktus durch Sodagaben und Sodaeinläufe. G. Assmann-Kiel.

Digitized by Google

Pigmentanomalien.

Über Melaninsäuren und deren Wirkung im Tierkörper, von O. Adler und W. Wiechowski-Prag. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm., 1922, Bd. 92, H. 1/3, S. 22/33.) Die dunklen, wasser- und alkoholunlöslichen, durch wäßrige Alkalien aus den verschiedensten Pflanzen und Pflanzenteilen extrahierbaren, unkristallisierbaren, kolloiden Säuren hemmen nach intravenöser Injektion die Blutgerinnung. Analog verhalten sich die schwarzen Pigmente des Tierreiches (Pigment des Tintenbeutels von Octopus; melanotische, menschliche Tumoren usw.). Auch die künstlich dargestellten Melaninsäuren bei der sauren Eiweißhydrolyse und bei Oxydation von aromatischen Eiweißspaltlingen (Tyrosin) zeigen das gleiche Verhalten. Das ungerinnbar gemachte Blut läßt sich weder durch Kalziumsalze noch durch Zusatz von Gewebsextrakt zur Gerinnung bringen. Über das Wesen der Gerinnungshemmung herrscht bisher keine Klarheit. Sie läßt sich in vitro und vivo zeigen. Das Verhalten der morphologischen Blutbestandteile zeigt eine starke Abnahme der Thrombozyten. Bei der Obduktion von behandelten Kaninchen lassen sich massenhafte Blutungen unter der Haut und an verschiedenen Stellen innerer Organe feststellen. H. Soltmann-Leipzig.

Die Bedeutung der Dopareaktion für die Beurteilung der Melanome, von Arthur Lemmel, Path. Univ.-Inst. Köln. (Zbl. f. Pathol., 1921, Bd. 32, Nr. 4, S. 89—92.) Das Melanin der Haut des Auges und der von ihnen ausgehenden Melanome, sowie das Melanin der Pia mater reagieren in gleicher Weise auf Dopalösung, Brenzkatechinlösung und Silbernitratlösung. Polemik gegen Mirscher. Die Dopalösung ist kein spezifisches Reagens für Pigment der Epidermis; damit ist auch der von Bloch und Mirscher durch die Dopareaktion erblickte Beweis für die epitheliale Abstammung der Hautmelanome hinfällig, worauf auch Heudorfer hingewiesen hat.
F. Jacobsohn-Berlin.

Über das Vorkommen von Hautpigment in Lymphdrüsen, von G. O. E. Lignac, Path. Inst. Leiden. (Zbl. f. Pathol., 1921, Bd. 32, Nr. 8, S. 201—205.) Verf. hat in 7 Fällen in den inguinalen und subinguinalen oberflächlichen Lymphdrüsen das Vorkommen von Hautpigment histochemisch nachgewiesen. Er glaubt, daß bei der weißen Rasse ein lymphogener Hautpigmenttransport stattfinden kann.
F. Jacobsohn-Berlin.

Benigne Neubildungen und Mißbildungen.

Über die familiäre Neurofibromatosis mit Untersuchungen über die Häufigkeit von Heredität und Malignität bei der Recklinghausenschen Krankheit, von Gerrt Hoekstra-Utrecht. (Virch. Arch., Bd. 237, H. 1/2, S. 79—96.) Die Neurofibromatosis ist eine auf kongenitaler Anlage beruhende Systemerkrankung, die gelegentlich über 4 Generationen hindurch zu verfolgen ist und dabei an Schwere und Ausdehnung immer zunimmt. Sie ist oft kombiniert mit andersartigen Degenerationszeichen und Anomalien, von denen die abnorme Pigmentation am meisten verbreitet ist und bei Erbfällen die Neurofibromatosis selbst gleichsam vertreten kann. Individuen mit solchen Degenerationszeichen können Nachkommen mit ausgesprochener Neurofibromatosis erzeugen. Trotzdem bei vereinzelten Fällen das Trauma im Vordergrund des ganzen Krankheitsbildes steht, spielt es meistens nicht die ihm häufig zugewiesene große Rolle.
G. Assmann-Kiel.

Über Knochenveränderungen bei Neurofibromatose, von Ernst Stahnke-Würzburg. (D. Zschr. f. Chir., 1922, Bd. 168, H. 1/2.) Neben vielen kleinen Nävi im Gesicht, zahlreichen Pigmentflecken, sowie stecknadelkopf- bis kirschgroßen Corpora mollusca und lappigen Geschwülsten im Gesicht fanden sich Knochenveränderungen mannigfacher Art, und zwar an dem im ganzen asymmetrischen Schädel Knochenverdichtungen im Bereiche des Stirnbeins, der seitlichen Orbitalbegrenzung, des r. Os zygomat., der angrenzenden Schläfenbeinpartie und der vorderen Schädelgrube, außerdem Aufhellungsherde am Stirnbein (vielleicht osteofibröse Herde), Verschmälerung des Unterkiefers rechts; ferner an der Wirbelsäule Verbiegung durch besondere Weichheit und Brüchigkeit des Knochens, nicht rachitischer Natur, endlich Verlängerung des rechten Armes. Für alle diese Veränderungen gibt nur eine kongenitale Anomalie eine ausreichende Erklärung, so daß dadurch die Theorie gestützt wird, daß die Neurofibromatose auf kongenitaler Anlage beruht, also als Mißbildung im weiteren Sinne aufzufassen ist.
E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Zur Frage des Mongolenflecks (Zu der Arbeit von Jacobi in Nr. 27, 1921), von Leven-Elberfeld. (D. m. W., 1922, Nr. 7, S. 231—232.) Verf. schließt sich der Auffassung an, daß es sich beim blauen Nävus um eine rudimentäre Koriumzeichnung handelt und er bei jeder Menschenrasse vorkommen kann. F. Harry-Berlin.

Meningeales Hämangiom und Adenoma sebaceum (A Case of Meningeal Naevus Associated with Adenoma Sebaceum), von David M. Greig-Edinburgh. (Edinburgh J., 1922, Bd. 28, Nr. 3.) Adenoma sebaceum über die Nase und die Wangen sich erstreckend, von Geburt an bestehend. Häufige Anfälle (Epilepsie?), rechtsseitige Hemiplegie. Nach Operation (umfangreicher zerebro-meningealer Gefäßtumor, der bei der Unmöglichkeit der Exstirpation unterbunden wurde) bedeutende Besserung. Der Fall bildet ein Analogon zu den auch sonst schon veröffentlichten Beobachtungen von Kombination des Adenoma sebaceum mit geistiger Schwäche und Epilepsie.
E. Levin-Berlin.

Die knotigen Geschwülste der Haut (I tumori nodulari multipli della cute), von Spermolla-Neapel. (Riforma med., 1922, Nr. 9.) Verf., welcher diese Arbeit als eine vorläufige bezeichnet, teilt die Hauttumoren in folgender Weise ein: a) Hyperplastische (Lipome, Fibrome, Neurofibrome); b) zu den Blastomen gehörige (Fibrosarkome, Sarkome, Melanosarkome); c) granulomatöse (Gummen, Tuberkulose, Lepra, Sporotrichose, Mycosis fungoides); d) parasitäre (Zystizerkus). Es werden im Anschlusse an diese Einteilung Fälle von zu den einzelnen Gruppen gehörigen Tumoren bezüglich ihrer klinischen und histologischen Merkmale besprochen und durch Bilder der entsprechenden mikroskopischen Schnitte illustriert. E. Freund-Triest.

Über verkalkte Epitheliome der Haut und Verknöcherung darin, von Bilke, Path. Inst. Würzburg. (Virch. Arch., 1922, Bd. 236, S. 177—190.) An Hand von 4 Fällen von verkalkten Epitheliomen, davon einem komplett verknöcherten, wird unter kritischer Würdigung der einschlägigen Literatur zur Klassifizierung und Pathogenese der verkalkten Epitheliome Stellung genommen. B. reiht sie wegen ihrer histogenetischen und anatomischen Ähnlichkeit mit dem Cholesteatom in dieselbe Gruppe der epidermidalen Neubildungen. Die Verkalkung ist durch die regressiven Veränderungen, wahrscheinlich durch Fettsäuren, bedingt und räumt dem verkalkten Epitheliom keine Sonderstellung gegenüber dem gutartigen, unverkalkten Epitheliom ein.
F. Jacobsohn-Berlin.

Regressive Störungen und Atrophien.

Xanthomatosis und Hypercholesterinämie. (Ein Beitrag zur Frage ihrer genetischen Beziehungen), von F. Rosenthal und R. Braunisch, M. Kl., Breslau. (Zschr. f. kl. M., 1921, Bd. 92, H. 4—6, S. 429—441.) Für das Auftreten der essentiellen Xanthomatosis ist die bisher stets mit ihr gemeinsam gefundene Hypercholesterinämie keine obligatorische Vorbedingung. Beschreibung eines diese Behauptung des Verf. stützenden Falles, bei dem — bei fehlendem Ikterus und Diabetes — eine Vermehrung des Cholesterins im Blute, sowie eine Störung der Ausscheidungsfähigkeit der Leber nicht festgestellt wurde. Verf. halten die sonst bei Xanthomatosis auftretende Hypercholesterinämie nur für eine symptomatologisch wichtige Begleiterscheinung, die hinweist auf sekundäre Störungen im Bereiche der cholesterinausscheidenden Apparate der Leber. Sie nehmen an, daß bei der Xanthomatosis primär eine Dekompensation der Zellen vorliegt, die „eine besondere Affinität für das Cholesterin erlangen" und dieses speichern. Schließlich führen die Verf. beachtenswerte Gründe dafür an, daß auch das sympathische und endokrine System bei der Xanthomatosis in Mitleidenschaft gezogen ist, worauf u. a. der enge Zusammenhang zwischen Cholesterinstoffwechsel und Nebennierenfunktion hinweist. F. Jacobsohn-Berlin.

Zur Röntgenbehandlung der Sklerodermie (Bemerkung zu G. Hausers gleichnamigem Aufsatz in Nr. 35, M. m. W.), von Jul. Donath-Pest. (M. m. W., 1921, Nr. 41, S. 1326.) Sklerodermie ist die Folge einer Hypofunktion der Schilddrüse. (Günstiger Erfolg der Schilddrüsentherapie.) Röntgenbestrahlung der Thyroidea heilt Sklerodermie auf dem Wege einer Reizung dieses Organs. A. v. Notthafft-München.

Zur Röntgenbehandlung der Sklerodermie (Bemerkungen zur gleichnamigen Arbeit in Nr. 35 und zu den Bemerkungen Donaths in Nr. 41 dieser Wochenschr.), von Gerhard Hauser-München. (M. m. W., 1921, Nr. 48, S. 1559.) Erkrankungen bzw. Unterfunktionen verschiedener endokriner Organe können — vielleicht auf dem Um-

Digitized by Google

wege einer Sympathikusneurose — Sklerodermie erzeugen. Daher kann sowohl die Bestrahlung der Thymus wie der Schilddrüse heilend wirken.

A. v. Notthafft-München.

Hereditäres Fußgeschwür (Hereditary Perforating Ulcer of the Foot), von E. P. Hicks. (Lancet, 1922, Nr. 5138, S. 319—321.) Die Ätiologie der Erkrankung ist unbekannt. Beginn im 15. bis 36. Lebensjahr mit einem harten Körnchen unter dem Köpfchen des Metatarsalknochens der großen Zehe. Allmählich entsteht ein schmerzloses Ulkus mit harten Rändern und eitrigem Grund. Das Ulkus kann sich über den ganzen Fuß ausdehnen. Heilung tritt oft nach einigen Monaten unter indifferenter Behandlung ein, aber häufige Rezidive fast während des ganzen Lebens. Zugleich mit den Ulzera zeigen sich ziehende Schmerzen im ganzen Körper, wie bei Tabes dorsalis. Es besteht dissoziative Anästhesie an beiden Beinen, und allmählich entwickelt sich beiderseitige Taubheit. Alle übrigen Hirnnerven bleiben normal. Die Krankheit ist hereditär.

G. Assmann-Kiel.

Über die Pathogenese und Behandlung der Beingeschwüre (Sulla patogenesi e cura delle ulcere varicose della gamba), von Mario Nejrotti. (Riforma med., 1922, Jahrg. 38, Nr. 1.) Verf. bespricht die möglichen Ursachen der Beingeschwüre und gelangt zum Schlusse, daß vor allem zirkulatorische Störungen im Bereiche der Vena saphena und nicht etwa trophische Störungen die Ätiologie der Beingeschwüre darstellen. In therapeutischer Hinsicht empfiehlt Verf. die gleichmäßige Kompression durch den von Klapp angegebenen Verband.

E. Freund-Triest.

Plastische Operation des Narbenektropions unter Benutzung eines freien Lappens vom Oberlid (Correction of Cicatricial Ectropion by Use of True Skin of Upper Lid), von John M. Wheeler-New York. (J. Am. m. Ass., Bd. 77, Nr. 21, S. 1628 bis 1631.) An Hand von Abbildungen wird der Gang der Operation verdeutlicht. Parallel zum ektropionierten Lidrand wird die erste Inzision gelegt, das ganze Narbengewebe wird abpräpariert, bis der Zug der Narbe ausgeglichen und der Lidrand in normaler Lage ist. Dem nun entstandenen Defekt an Größe entsprechend, wird ein Hautlappen vom Oberlid genommen und hiermit der Narbendefekt ganz exakt gedeckt. Der Defekt am Oberlid wird einfach durch Naht geschlossen, da die Haut hier ja faltig ist. — Bei Ektropion des Oberlids benutzt man das Oberlid des anderen Auges, bei Ektropion des Unterlids das desselben Auges.

A. de Lemos-Hamburg.

Dermatomyositis mit Bericht über zwei Fälle (Dermatomyositis, with Report of Two Cases), von Walter R. Steiner-Hartford. (J. Am. m. Ass., 1922, Nr. 4, S. 271 bis 273.) Außer einer eingehenden Beschreibung des Krankheitsbildes der Dermatomyositis noch ein kasuistischer Beitrag von zwei Fällen.

Maligne Neubildungen.

Über Epitheliom der Lippe (Epithelioma of the Lip), von Elmer D. Troyman-Kansas City. (J. Am. m. Ass., 1922, Nr. 5, S. 348—349.) Verf. verwirft den typischen V-förmigen Schnitt durch die ganze Dicke der Lippe zur Entfernung eines Unterlippenkarzinoms. Er will mehr dem Umstande Rechnung getragen wissen, daß besonders das Unterlippenkarzinom mehr nach den Submaxillardrüsen als nach den Submentaldrüsen hin metastasiert. Dementsprechend ist der Operationsschnitt zu wählen.

F. Quasig-Hamburg.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Gestorben: Dr. Burnside Foster, Präsident der Minnesota Dermatological Society in St. Paul, Minn., am 13. Juni 1917;

Dr. William Beer Ewing, Professor der Dermatologie an der University of Pittsburgh, am 17. Juni 1917.

R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

29. Juli 1922 | Nr. 30 | Band 75

Aus der Dermatologischen Universitätspoliklinik und Klinik in München
(Vorstand: Prof. Dr. Ritter v. Zumbusch).

Über das Auftreten von Lichen ruber planus und Lichen-ruber-planus-ähnlichen Exanthemen bei Syphilis und Salvarsankuren.

Von

Dr. Franz Wirz, Assistenzarzt.

Daß der echte Lichen ruber planus mit vielen anderen Krankheiten vergesellschaftet sein, auch sich im Zeitablauf ähnlich verhalten oder auch eine kürzere oder längere Lebensdauer, sogar Ersterkrankung und Rückfälle während der ununterbrochenen Zeitdauer seines Gesellschafters zeigen kann, ist eine Tatsache, die der Lichen ruber planus mit zahlreichen Hautkrankheiten, so auch beispielsweise mit der Psoriasis, gemein hat; für diese Tatsache hat Riecke [1]) bereits 1905 Belege zahlreicher Autoren gesammelt. Die Vielseitigkeit in anatomischer wie physiologischer Hinsicht, die bald dieses, bald jenes Gebilde oder Geschehen des Hautorgans auf Grund innerer oder äußerer Ursachen geschädigt oder gestört zeigt, macht es ohne weiteres verständlich, daß Krankheiten, die morphologisch und wahrscheinlich auch ätiologisch nichts miteinander zu tun haben, nebeneinander auftreten können, ohne daß irgend welche Wechselbeziehungen in gegenseitiger Beeinflussung notwendiger Weise enstehen müssen, wenn dies auch sicherlich wie bei Lues und Tuberkulose oder Lues und Karzinomatose des öfteren vorkommt. Die oben erwähnte Zusammenstellung bringt eine Reihe Beispiele für das vergesellschaftete Vorkommen der Lues mit Lichen ruber planus, von Autoren wie Héguy, Róna, Lang und Kaposi berichtet. Es ist von Wichtigkeit, auf diese Feststellungen hinzuweisen, da aus jüngster Zeit Versuche vorliegen, in solchem Zusammentreffen etwas Besonderes zu sehen, oder gar das Therapeutikum der einen Erkrankung für das Auftreten der anderen verantwortlich zu machen. So beschreibt Keller [2]) einen klinisch wie histologisch durchaus einwandfreien Fall von Lichen ruber planus, der während einer Salvarsankur in Erscheinung trat, und dessen typische und charakteristische Art er selbst hervorhebt, spricht diesem Falle jedoch deswegen seine klinische Eigenart ab, weil er eben während der Salvarsankur auftrat, und macht aus dem echten Lichen ruber planus eine „Lichenoide Arsendermatitis". Einen von E. Hoffmann [3]) vorgestellten Fall von Lues

[1]) Mračeks Handbuch der Hautkrankheiten. — [2]) Derm. W., 1922, Bd. 74, H. 1. — [3]) D. m. W., 1921, S. 1079.

Digitized by Google

und Lichen ruber planus möchte er im Gegensatz zum Autor selbst auch in diesem Sinne deuten. Er beruft sich dabei einerseits auf die kausalgenetische Betrachtungsweise Rosts [1]), andererseits auf ähnliche von anderer Seite veröffentlichte Fälle „von stufenweise mehr oder minder dem Lichen-ruber-planus-ähnlichen Hauterscheinungen nach Salvarsan".

Bevor ich auf die Kritik dieses Vorgehens eingehe, möchte ich zwei in letzter Zeit selbst beobachtete hierher gehörige Fälle mitteilen, die sich wie der Fall Hoffmanns an jene eingangs erwähnten Beispiele der älteren Literatur anschließen.

Fall 1. J.-Nr. 5620/1921. B. M., 34 Jahre, Prostituierte. Lues latens. Im Jahre 1920 zwei antiluetische Kuren, Neosalvarsan und Merzipol. Beginn der dritten Kur am 8. VII. 1921 mit Linserscher Mischspritze bei WR ++. Die Kur wird unregelmäßig gemacht. Bei Gelegenheit der 6. Injektion am 22. VII. — die 5. war am 8. VII. verabfolgt worden — gibt Pat. an, seit drei Tagen unter Hitzegefühl mit Brennen und Jucken am ganzen Körper zu leiden; sie glaube, sich vor acht Tagen im Bad einen Sonnenbrand zugezogen zu haben.

Befund: 23. VII. 1921. Rücken und Brust vom Hals bis zur Gürtelgegend hellrot bis karmoisinrot fleckig verfärbt, unter den Mammae blauviolette Stellen; die derart verfärbten Teile des Rumpfes zeigen zum Teil eine glänzende, zum Teil eine rauhe und leicht schuppende Oberfläche, sind plaquesweise mosaikartig und zum Teil chagrinlederartig gefeldert. Die Haut ist deutlich erhaben, an einigen Stellen leicht ödemadös, sonst mäßig derb, weniger an den hellroten, mehr an den dunkelroten fleckigen Stellen. In den helleren Partien wie am Rand der größeren Plaques sieht man einzelne und gruppierte miliare Papelchen; vereinzelte, von Stecknadelkopf- bis Linsengröße, sind polygonal umgrenzt, erheben sich plateauartig, sind nirgends gedellt, zeigen indes unter Öl das Wickhamsche Phänomen der opaken Streifenbildung. Gruppierte und disseminierte Papeln dieser Art mit lebhaft roter Farbe, zum Teil mit einem feinen Erythemsaum umgeben, finden sich auch an den Beugeseiten beider Unterarme der Patientin. Gesicht ist frei, die Mundschleimhaut zeigt auf den Lippen und in den Wangentaschen ein dichtes Netzgewebe aus weissen, schmalen, zum Teil leistenförmig erhabenen Streifen. Der Körper unterhalb der Gürtelgegend ist frei von krankhaften Hauterscheinungen. Die Patientin macht einen aufgeregten Eindruck. Eine Probeexzision wird verweigert.

Diagnose: Salvarsan-Dermatitis oder Lichen ruber planus acutus.

Therapie: Kühlsalbe, später Karbolsalben bei Fortsetzung der antiluetischen Kur.

Verlauf: 26. VII. Ziemlich unveränderter Befund.

5. VIII. Die rote Farbe der erkrankten Haut ist livider und schmutziger geworden, zum Teil dunkelviolett und bräunlich; die Schuppung ist stärker. Die Papeln an den Randpartien sind jetzt ebenfalls zu Plaques mit unregelmäßigen Konturen und rauher Oberfläche konfluiert. Die Effloreszenzen der Unterarme sind undeutlicher, vor allem abgeflachter geworden.

20. VIII. Beendigung der antiluetischen Kur. Im weiteren Verlauf Rückbildung der Erscheinungen unter starker, zum Teil lamellöser Schuppung und leicht bräunlicher, fleckiger Pigmentierung.

Am 24. IX. 1921 restitutio ad integrum bis auf eine diffuse geringe Hyperpigmentation, die unter den Mammae beiderseits stärker sich abzeichnet. Munderscheinungen vollständig verschwunden.

7. III. 1922. Patientin stellt sich wieder vor, weil sie seit einigen Tagen ein eigentümliches Kribbeln am ganzen Körper verspüre.

Befund: An der Haut nichts zu sehen, auch keine verstärkte Dermographie; auf der Wangenschleimhaut beiderseits in je markstückgroßer Ausdehnung netzförmig weiße Streifen, links auch eine halb-linsengroße prominente weiße Papel.

14. März bis Ende April. Vierte antiluetische Kur; die Lichen-ruber-planus-Erscheinungen im Mund bleiben unverändert.

Fall 2. J.-Nr. 1688/1922. J. D., 44jähr. Kaufmannsfrau. Vor 9 Jahren erstmalig leicht juckender Ausschlag wie jetzt, langsam aufgetreten, unter Arsenbehandlung nach

[1]) Arch. f. Derm., 1921, Bd. 138.

Digitized by Google

¾ Jahr rückgebildet; seitdem öfters dergleichen Hautausschlag, besonders an den Unterarmen, der stets monatelang bestünde; immer an „Nervosität" gelitten. Lues negiert!

Befund: 9. II. 1922. Korpulente Frau. Am Rücken in Höhe der ersten Brustwirbel und auf der Brust vereinzelte Effloreszenzen, an den Beugeseiten der Ober- und Unterarme zahlreiche, an den Beugeflächen der Handgelenke dichtgedrängt stehende, hirsekorn- bis linsengroße von hellgelber bis dunkelgrau-roter Farbe, plateauartig erhaben, facetiert und zum Teil gedellt, zum Teil leicht schuppend, polygonal und scharfrandig mit zumeist positivem Wickham. Am linken Unterarm steht eine Reihe derartiger Effloreszenzen dicht hintereinander in einer 4 cm langen Linie, anscheinend einem Kratzstreifen entsprechend. Im übrigen konfluieren die Effloreszenzen nur wenig. Auf der Wangenschleimhaut beiderseits weiß-opake netzartige Herde.

Diagnose: Lichen ruber planus.

Therapie: Fowlersche Lösung. Später Solarson.

Verlauf: In den nächsten drei Wochen subjektiv wesentliche Besserung, d. h. Aufhören des Juckens und Gefühl der Beruhigung; objektiv wenig Änderung, Abflachen alter Knötchen, Auftreten neuer in geringer Menge. Am 2. III. 1922 erfahren wir von dem früher behandelnden Arzte, daß Pat. außer an Lichen ruber planus auch an Lues latens gelitten habe, weswegen sie 1920 eine antiluetische Kur mit 10 Neosalvarsaninjektionen und 6 Touren Schmierkur durchgemacht habe. Daraufhin WR am 7. III. 1922 vorgenommen, Resultat ++++. 2. antiluetische Kur nach Linser, beendet am 8. IV. 1922. Bis dahin weitergehende Besserung des Lichen ruber planus, die Effloreszenzen am Stamm sind verschwunden, an den Armen noch in geringer Zahl geblieben; Mundschleimhaut unverändert.

Es handelt sich demnach um zwei Fälle von Lichen ruber planus, die mit Lues vergesellschaftet beobachtet wurden, und zwar trat bei dem einen Fall der Lichen ruber planus akut im Verlaufe einer Salvarsankur auf, bei dem anderen bestand die Lichen-ruber-planus-Erkrankung bereits seit längerem und blieb mit geringer Besserung auch während der antiluetischen Salvarsankur bestehen. Die Diagnose des ersten akuten Falles, die anfänglich der heftigen Entzündungserscheinungen wegen nicht gänzlich gegen eine beginnende Salvarsandermatitis abzugrenzen war, wurde durch das nach einem halben Jahr — während welcher Zeit kein Salvarsan verabfolgt worden war — auftretende Schleimhautrezidiv gesichert. Die Diagnose des zweiten Falles mit typischem klinischem Befund stand vom ersten Beobachtungstage an fest, um so mehr, als es sich bereits um eine Rezidiverkrankung handelte.

Es wurde eingangs die früher vielfach beobachtete Tatsache von dem zufälligen Zusammentreffen von Lichen ruber planus und Lues besprochen. Wenn die Literatur der letzten Jahre weniger Beispiele hierzu bringt, so dürfte dies nicht einem geringeren Vorkommen solcher Vergesellschaftung zuzuschreiben sein, sondern der Bedeutungslosigkeit, die diesem Vorgange, wie etwa dem Auftreten einer Psoriasis bei einer Lues, jetzt allgemein gezollt wird und auch zukommt. Da des Weiteren heutzutage ein Zusammentreffen von Lichen ruber planus und Lues zwanglaufig ein solches mit Salvarsan bedeutet, vermag ich auch hierin keine Besonderheit zu erblicken, sondern sehe darin nur die Übertragung des Gesetzes vom zufälligen Zusammentreffen des Lichen ruber planus mit Lues auf dessen Therapeutikum, dem Salvarsan. Inwieweit es sich hierbei im einzelnen Falle um ein zufälliges Geschehen im eigentlichen Sinne handelt, kann nur an Hand großer Statistiken entschieden werden; denkbar ist es immerhin, daß über diesen zahlenmäßig festlegbaren Zufall hinaus eine Häufung solcher Fälle beobachtet werden könnte, die einer weiteren Erklärung bedarf. Seit den Zeiten Pospelows des Älteren, Vidals und

Digitized by Google

C. Fox [1]) sind als gelegentliche Ursachen des Lichen ruber planus psychische und körperliche Schwächungen vielfach wahrscheinlich gemacht worden; daß die Lues ohne und mit Salvarsanbehandlung beide Störungen verursachen kann, lehrt die Beobachtung am Krankenbett und die Gewichtskurve luetischer Patienten alltäglich. Die Lues kann demgemäß die Vorbedingungen für einen Lichen ruber planus schaffen oder die Latenz eines solchen offenbar machen. Daß diese Vorstellungen ausreichen, auch dem neuen Material gegenüber, auf das sich Keller beruft, genügende Erklärungsmöglichkeiten zu geben, läßt sich am besten an Hand einer tabellarischen Zusammenstellung dieser angegebenen und meiner eigenen Fälle zeigen.

Wir ersehen aus dieser Tabelle, daß fünf Fällen von typischem Lichen ruber planus bei Lues mit Salvarsankur vier gegenüberstehen, und zwar drei von Buschke-Freymann [2]) und einer von Schäfer [3]) beobachtet, die mit größter Wahrscheinlichkeit toxische Dermatitiden darstellen von Lichen-ruber-ähnlichem Charakter (Milian [4]) hat einen Fall von Buschke-Freymann allerdings als Lichen ruber planus erklärt) ausgeprägter Art in den Fällen von Buschke-Freymann, geringerer Art im Falle Schäfer, während die Diagnose des Falles Kleeberg [5]) unentschieden ist, bei der kurzen Beschreibung eher wohl als ein echter Lichen ruber planus anzusehen ist. Die Mehrzahl aller Fälle weist leider keine längere Beobachtungszeit auf, die in dem einen meiner Fälle eine Bestätigung der Diagnose Lichen ruber planus brachte und die beispielsweise im Falle Keller von überragender Bedeutung hätte werden können; oder würde Keller seinen Lichen-ruber-planus-Fall auch dann eine lichenoide Arsendermatitis genannt haben, wenn etwa nach $^1/_2$ Jahr ohne Salvarsandarreichung ein Lichen-ruber-planus-Rezidiv aufgetreten wäre?

Es gibt demnach reine Fälle von Lichen ruber planus bei Lues auch in der jetzigen Zeit, so wie das eingangs an Hand der älteren Literatur für die frühere Zeit dargelegt wurde, und es gibt anscheinend seltene Fälle von toxischer lichenoider Dermatitis bei Lues und Salvarsan. Lichenoide Exantheme sind an sich nichts Außergewöhnliches; sie werden — von den Infektionskrankheiten abgesehen — bei akuten Ekzemen, Arzneiexanthemen, beim Erythema urticatum, beim Oedema angioneuroticum angetroffen (Riecke). Habermann [6]) hat sie bei Kriegsmelanosen angetroffen, Hoffmann [7]) stellte das Krankheitsbild der Melanodermitis toxica lichenoides auf. Ob nun die Arsenkomponente des Salvarsans für die lichenoide Dermatitis bei antiluetischer Kur verantwortlich zu machen ist, wie dies Buschke-Freymann tun, möchte ich dahingestellt sein lassen; unwahrscheinlich erscheint es deswegen, weil Arsen allein außerordentlich selten (die Fälle Brooke und Roberts [8]) zeigten lichenoides und psoriasiformes Exanthem!) reine lichenoide Exantheme macht; andererseits entsprechen die auch in den Fällen von Buschke-Freymann hervorstechenden entzündlichen Erscheinungen nach Art und Lokalisation einer Schädigung

[1]) Mračeks Handbuch der Hautkrankheiten. — [2]) M. Kl., 1921, S. 899, Derm. W., 1921, S. 945. — [3]) Derm. Zbl. II, Bd. 9, S. 426. — [4]) Bei Buschke-Freymann. — [5]) Ther. Hmh., 1921, S. 370. — [6]) Derm. Zschr., 1920, Bd. 30, S. 62. — [7]) Siehe Habermann. — [8]) Siehe Habermann.

Digitized by Google

utor und Fall	Diagnose	Klinischer Befund	Atypie	Längere Beobachtung
LEREBERG: Mann it Lues III, am nde der 3. Kur	Unentschieden	Lichen-ruber-planus-ähnliche Effloreszenzen auf r. Handrücken und Wangenschleimhaut	—	—
OFFMANN: ues II, weiblich	„Lichen ruber planus"	Typisch	—	—
UNYRAT und ABUT: Lues weibich bei Salvarsanur	Lichen planus der Zunge	Ähnlich einer Leukoplakie. Biopsie: Sicherer Lichen ruber planus	Alleinige Lokalisation der Zunge	—
CHÄFER: Lues nd Salvarsankur	Exfol. Arsendermatitis und Hyperkeratose	„An Lichen ruber planus außerordentlich erinnernde" Munderscheinungen auf Wangenschleimhaut und Zungenoberfläche	—	—
BUSCHKE-FRENKEL: 29jähr. Mann, Lues latens, 2. Kur	„Pseudo-Lichen ruber"	Außerordentliche Ähnlichkeit mit involvierendem Lichen ruber planus, teilweise Lichen ruber atrophicus und verrucosus. Biopsie: Vornehmlich Erscheinungen eines entzündlichen Vorganges, Andeutung von Lichen-ruber-ähnlichen Veränderungen	—	—
BUSCHKE-FRENKEL: 42jähr. Mann während 2. und 3. Kur	„Pseudo-Lichen ruber"	Bild auffallend ähnlich dem Lichen ruber planus wie auch atrophicus und verrucosus. Biopsie: „Bild, welches dem Lichen ruber weit näher stand, ohne allerdings wirkliche Übereinstimmung zu zeigen"	Polymorphie und rapider Wechsel des Aussehens der Effloreszenzen; kein Jucken, Prädilektionsstellen des Lichen ruber frei	—
BUSCHKE-FRENKEL: 21jähr. Frau, Lues II bei 1. Kur	„Pseudo-Lichen ruber"	Ikterus. Nekrotische Angina, Exanthem. Bild: „Ähnlich einem akuten Lichen ruber". Biopsie: „Gewisse Ähnlichkeit mit Lichen ruber, aber nichts unbedingt Beweisendes"	Rapidität in Evolution und Involution	—
KELLER: 26jähr. Frau bei 2. Kur nach Lues II	„Lichenoide Arsendermatitis"	Lichen ruber planus ohne Jucken, ohne Dellenbildung. Biopsie: Für „Lichen ruber planus charakteristisch"	—	—
WIRZ: 34jähr. Frau, Lues latens, 3. Kur	Lichen ruber planus	Akut mit heftigen Entzündungserscheinungen	Entzündlicher Charakter	Schleimhautrezidiv nach $^1/_2$ Jahr
WIRZ: 44jähr. Frau, Lues latens, 2. Kur	Lichen ruber planus	Typisch	—	Lichen ruber planus seit 9 Jahren

Digitized by Google

durch den im Salvarsan enthaltenen organischen Komplex (ohne Arsen), der für die übrigen bekannten Salvarsanexantheme allgemein verantwortlich gemacht wird. Des Weiteren ist Salvarsan beim Lichen ruber planus therapeutisch wirkungslos (PINKUS)[1]), so daß die Annahme einer „homöopathischen Entstehung" unbegründet sein dürfte.

Dieser für meine Betrachtungen hier mehr oder weniger nebensächlichen Frage gegenüber kommt indes eine grundsätzliche Bedeutung dem Vorgehen KELLERS zu. Wie bereits erwähnt, nennt er seinen bei Lues und Salvarsankur angetroffenen echten Lichen ruber planus eine lichenoide Arsendermatitis und möchte HOFFMANNS Fall in eben diesem Sinne gedeutet wissen. Mit welcher Berechtigung KELLER aus den angeführten Fällen eine Umdeutung seines von ihm selbst als typischen Lichen ruber planus diagnostizierten Falles herleitet, ist nicht ersichtlich. Daß es bei einer Lues zwischen lichenoidem toxischem Exanthem und echtem Lichen ruber planus mit oder ohne Atypie „Stufen" gibt, die anscheinend morphologische Verbindnngen herstellen, hat zahlreiche Parallelismen in der übrigen Dermatologie (Lichen — lichenoide Syphilis, Psoriasis — psoriasiforme Syphilis usw.) und erlaubt ebensowenig beide Erkrankungen zu identifizieren, wie es unmöglich ist, etwa die Psoriasis bei einem Luetiker, die bei einer Salvarsankur besteht oder während derselben auftritt, für eine psoriasiforme Arsendermatitis zu erklären. Koinzidenz allein bedeutet eben keine Korrelation! Aus den geringen Unterschieden zwischen einzelnen Fällen — Fehlen des Juckens, keine Dellenbildung —, Variationen, die beim echten Lichen ruber planus ohne Vergesellschaftung mit einer anderen Krankheit so alltäglich sind, daß sie nicht einmal zu den Atypien des Lichen ruber planus gerechnet werden, dürfte auch retrospektiv kein Wahrscheinlichkeitsbeweis für eine verschiedene Ätiologie hergeleitet werden können; war es doch die Einsicht, daß derart geringfügige Unterschiede dispositioneller oder jedenfalls individueller und nicht kausal genetischer Natur seien, die seit HEBRA endlich eine Klärung in der Lichen-ruber-planus-Frage brachten. Letzten Endes ist die Zahl der überhaupt in Frage kommenden Fälle viel zu klein, um ihnen derartige Schlußfolgerungen zu entnehmen, wie KELLER es tut.

Die kausal-genetische Betrachtungsweise, auf die KELLER sich in zweiter Linie beruft, untersucht nach ROSTS eigenen Darlegungen die Bedingungen, welche regelmäßig vorhanden sein müssen, damit gerade dieses oder jenes Krankheitsbild entstehen müsse, und setzt damit, wenn auch nicht die genaue Kenntnis der Hauptkausa, so doch deren Wahrscheinlichkeit voraus und klassifiziert auf dieser Basis. Dementsprechend ordnet ROST den Lichen ruber planus in die 4. Untergruppe der Dermatodystrophien ein, welche mit den Dermatodysplasien die zweite große Hauptgruppe der Hautkrankheiten überhaupt bildet, nämlich die der endogenen, der „Dermatopathien". Demgegenüber findet sinngemäß die Arsendermatitis ihren Platz unter den exogenen, und zwar den chemisch-toxisch bedingten Dermatitiden in der ersten Hauptgruppe. Einen Typ von Lichen ruber planus als klinische Einheit zu negieren in einem Falle, der eine nicht ungewöhnliche Vergesellschaftung mit Lues und

[1]) Siehe KLEEBERG.

Digitized by Google

dementsprechend mit Salvarsan zeigt, und ihn ohne jeden Nachweis des tatsächlichen Zusammenhangs in causa und Genese dem Salvarsan als Arsendermatitis zur Last zu legen, d. h. formativ eine sichere Erkrankung von B. II. 4 im Rostschen Schema nach A. II. b zu versetzen, ist der Rostschen Logik gegenüber reine Willkür — ist gerade die Methode der Dermatologie, mit der die Rostsche Arbeitshypothese aufräumen will und hoffentlich wird.

Zusammenfassung.

1. Echter Lichen ruber planus kann wie mit anderen Erkrankungen mit Syphilis vergesellschaftet sein und infolgedessen auch bei der Therapie dieser Erkrankung, einer Salvarsankur, vorkommen, für welche altbekannte Tatsache zwei eigene Beispiele der letzten Zeit gebracht werden.

2. Lichenoide Salvarsan-Exantheme sind in einwandfreier Weise von Buschke-Freymann beschrieben worden, so wie sie bisher für andere Toxikosen bekannt waren.

3. Kellers Vorgehen, einen Lichen ruber planus bei Salvarsankur mit lichenoider Salvarsandermatitis zu identifizieren und weitgehende Schlüsse daran zu knüpfen, entbehrt jeder sachlichen Begründung und ist entschieden abzulehnen.

Das Greenbergsche Zysto-Urethroskop.[1])

Von

Dr. Eugen Neuwirth in Bad Pistyan.

Mit 5 Abbildungen im Text.

In der Derm. W., Nr. 37, 1921, beschreibt Oelze ein Zysto-Urethroskop. „Es handelte sich darum, die Vorteile beider Instrumente uneingeschränkt zu vereinigen," schreibt Oelze. „Das ganze Zysto-Urethroskop ist durchaus einfach gehalten. Alles Komplizierte wurde vermieden, um das Instrument handlich und langlebig zu machen. Der Beschauer pflegt recht erstaunt zu sein über die Einfachheit der Handhabung und über die Vollständigkeit der Bilder."

Bei dem Oelzeschen Zysto-Urethroskop wird für die Blase und für die Harnröhre eine andere Optik benutzt, d. h. man muß während der endoskopischen Untersuchung des Urogenitaltraktus die Zystoskop-Optik herausziehen und die Urethroskop-Optik einführen. Des weiteren erhält man bei der Urethroskopie keine Zentralfigur, nur seitliche Harnröhrenabschnitte können betrachtet werden.

Im vergangenen Winter konnte ich nun dem Arbeiten von Dr. G. Greenberg-New-York beiwohnen. Mit außerordenlicher Liebenswürdigkeit erklärte mir Dr. Greenberg den erstaunlich einfachen Mechanismus seines Zysto-Urethroskops. Da das Greenbergsche Zysto-Urethroskop auch den Anforderungen hinsichtlich der Zentralfigur und des Einlampen-Systems

[1]) Hergestellt von „The Kny-Scheerer Corporation," New-York.

Digitized by Google

entspricht, so erlaube ich mir, diesen Apparat in aller Kürze zu beschreiben [1]).

Die Lösung folgender Prinzipien wurde bei der Konstruktion des Greenbergschen Instrumentes angestrebt. Man soll von der Urethra anterior und posterior ein konzentrisches Bild erhalten. Hierdurch wird die Betrachtung des Sphinkters in seinem vollen Umfange, das Studium der Prostata, der Entfernung des Kollikulus vom Sphinkter ermöglicht. Ein konzentrisches Bild erleichtert die intraurethrale Beobachtung und Behandlung. Die bei Blutung der Posterior entstehenden und die Brauchbarkeit anderer Instrumente sehr beeinträchtigenden Blutgerinnsel dürfen

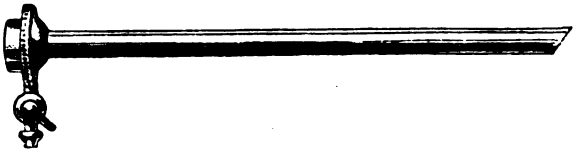


Abb. 1.

die Untersuchung nicht stören. Die Untersuchung unter Wasserspülung und mit Luft ermöglichen. Zweckmäßige Desinfektion.

Das Greenbergsche Zysto-Urethroskop besteht aus folgenden Bestandteilen: ein gerader Tubus, dessen vesikales Ende unter einem Winkel von 45° abgeschnitten ist (Abb. 1); ein Obturator, dessen Eigentümlichkeit darin besteht, daß man das distale Ende mittels Druck am proximalen Ende aufrichten bzw. in die horizontale Lage bringen kann (Abb. 2); ein der Beobachtung und der Durchführung operativer Tätigkeiten dienender Lichtleiter (Abb. 3); je eine Linse für Wasser- bzw. Luftgebrauch (Abb. 4). Diese Linsen werden am proximalen Ende des Lichtleiters

Abb. 2.

befestigt und können während der Untersuchung ausgewechselt werden, was ohne Lageveränderung des Instrumentes oder sonstige Störungen geschieht.

Der einfache Bau des Greenbergschen Zysto-Urethroskops ist also in die Augen springend. Seine Handhabung ist auch einfach und bequem. Zwecks Desinfektion werden die Tuben ausgekocht, der Lichtleiter jedoch in Karbolsäure sterilisiert und mit Alkohol abgespült. Nach Einführung des Instrumentes in die Blase wird das gebogene Endstück des Obturators durch Druck am proximalen Ende in die horizontale Lage gebracht und der Obturator herausgezogen. Nach Einführung des Lichtleiters, Verbin-

[1]) Bei der Beschreibung stütze ich mich auf die in „Annals of surgery for August 1919" erschienenen Arbeit A new operating composite Cysto-Urethroscope Dr. Greenbergs. Auf diese sei für vollständigere Auskunft hingewiesen.

Digitized by Google

dung der Hähne mit dem Irrigationsschlauch, Befestigung der Linse wird die Lampe mit dem elektrischen Strom verbunden und das Strömen des Wassers ermöglicht. Ein klares Bild erhält man aber erst dann, wenn man die im Tubus entstehenden und der Linse anliegenden Luftbläschen durch Lüften der Linse entweichen läßt. Der Wasserstrom kann natürlich zeitweise abgesperrt werden; wird jedoch das Bild während der Untersuchung undeutlich (durch Blut usw.), so muß der Hahn geöffnet werden, damit die Flüssigkeit die Undeutlichkeit des Bildes hervorrufenden Ursachen wegwäscht.

Von großem Vorteile ist einen auf- und abwärts bewegbaren Operations-

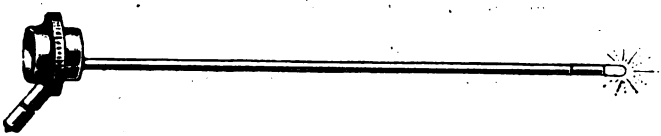


Abb. 3.

Abb. 4.

tisch zu besitzen, da die bestmögliche Betrachtung der einzelnen Abschnitte des Urogenitaltraktus nicht immer in derselben Ebene möglich ist. Trigonum und Ureter können am besten in der horizontalen Ebene untersucht werden; wenn wir aber die oberen Blasenabschnitte besichtigen wollen, dann heben wir den Tisch. Auch die hintere Blasenwand kann mit diesem Instrument sehr vorteilhaft betrachtet werden.

Um den Sphinkter gut sehen zu können, müssen wir das Zysto-Urethroskop allmählich in die Urethra posterior zurückziehen und den

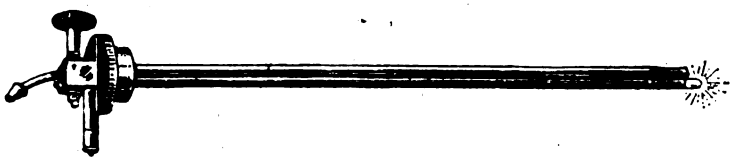


Abb. 5.

Tisch heben. Bei weiterer Zurückziehung des Apparates erscheinen stufenweise die anderen Harnröhrenabschnitte.

Außer dem reichhaltigen Behandlungsinstrumentarium gehören noch folgende Bestandteile zum Greenbergschen Zysto-Urethroskop. Ein hauptsächlich für die Posterior geeigneter gerader Tubus mit unter 30° abgeschnittenem Ende (größeres Operationsgebiet); je eine die Durchführung von Operationen ermöglichende Operationslinse für Wasserspülung bzw. Luft; dann ein mit einem Deflektor kombinierter Lichtleiter mit Katheterkanal (Abb. 5). Mit Hilfe dieses Lichtleiters können Bougies und Katheter in den Utrikulus, Ductus ejaculatorii und Ureter eingeführt werden. „Das Hauptmerkmal dieses Deflektors besteht darin, daß das entferntere Ende mit dem Kollikulus und mit den anderen Geweben nicht in Berührung kommt, somit wird deren Beschädigung und die begleiten-

Digitized by Google

den Unannehmlichkeiten vermieden und die Einführung von Bougies in den Utrikulus und in die Ductus ejaculatorii erleichtert."

Ich habe des öfteren der Bougierung der Ductus ejaculatorii beigewohnt und ich kann nur feststellen, daß dies in sehr einfacher und leichter Weise geschieht.

Aus der dermatolog. Abteilung des städt. Krankenhauses Altona
(Oberarzt: Prof. Dr. C. Bruck).

Neosilbersalvarsan und Novasurol in Mischspritze.

Von

Dr. H. Biedenstedt, Assistenzarzt der Abteilung.

Seit Juli 1921 behandeln wir unsere stationären Patienten mit dem neuen Präparat Neosilbersalvarsan, das uns von Geheimrat Kolle in liebenswürdiger Weise zur Verfügung gestellt wurde. Auf die Herstellung und chemische Zusammensetzung des Präparates einzugehen, erübrigt sich, und wir verweisen in dieser Beziehung auf die ausführlichen Angaben von Kolle[1]). Nur soviel wollen wir bemerken, daß der As-Gehalt etwa 20%, der Ag-Gehalt etwa 6% beträgt. Die Dosistolerata ist:

	pro 20 g Maus	pro 1 kg Kaninchen
Neosilbersalvarsan	$^1/_{180}$ g	0,16 g
Neosalvarsan	$^1/_{135}$ g	0,22 g
Silbersalvarsan	$^1/_{300}$ g	0,11 g

Über die klinischen Erfahrungen berichtet u. a. Zimmern[2]). Er kommt nach Behandlung von 470 Fällen mit über 5000 Injektionen zu dem Schluß, daß das Neosilbersalvarasn in seiner klinischen Wirksamkeit dem Silbersalvarsan gleichsteht, daß man aber bessere Erfolge damit erzielen kann, da höhere Gesamtdosen gegeben werden können. Angioneurosen treten weniger häufig auf, ebenso Dermatitisfälle, die scheinbar auch leichter verlaufen. Es kann mit allen Hg-Präparaten in Mischspritze gegeben werden, und ist den bisherigen Präparaten vorzuziehen.

Krebs berichtet über seine Erfahrungen an 200 Patienten mit etwa 3000 Injektionen, die er mit Neosilbersalvarsan in Mischspritze mit Novasurol behandelte. Er hebt die große spirillentötende Eigenschaften des Präparates bei geringster Toxizität hervor, die gute Verträglichkeit und die guten Erfolge auf die klinischen Erscheinungen als auch auf die WR aller Stadien der Syphilis. Bei der Einzeldosis von 0,5 hat er, ebenso wie Hannes Weber und Erna Hillenberg[3]), in den meisten Fällen den angioneurotischen Symptomenkomplex, Brechreiz und Erbrechen kurz nach der Injektion beobachtet, so daß er über die Einzeldosis von 0,4 nicht mehr hinausgegangen ist. Als Gesamtdosis hat er 4,8 g Neosilbersalvarsan und 24 ccm Novasurol gegeben. Die Injektionen erfolgten zunächst in Zwischenräumen von drei, später von zwei Tagen und zuletzt einen Tag

[1]) D. m. W., 1922, Nr. 1. — [2]) M. m. W., 1922, Nr. 2. — [3]) Derm. W., 1921, Nr. 35.

Digitized by Google

um den andern. Er ist der Ansicht, daß diese kumulative Wirkung von hervorragender Bedeutung für die restlose Erfassung der Spirochäten ist.

Fabry und Wolff berichten über 100 Fälle aller Luesstadien, die mit reinem Neosilbersalvarsan bei Einzeldosen bis zu 0,5 mit 10—17 Injektionen behandelt wurden. Auch sie bezeugen die ausgezeichnete Verträglichkeit und gute Wirkung sowohl auf die klinischen Erscheinungen, als auch auf die Seroreaktion. Angioneurotischen Symptomenkomplex und allgemeine Dermatitis haben sie nie gesehen. Bei vier Frauen beobachteten sie etwa 2—3 Stunden nach der Injektion ein Ödem des Gesichts, besonders der Augenlider, das nach 2—3 Tagen wieder verschwand. Die Schwellung trat jedesmal nur einmal während der Kur auf. Von Nebenerscheinungen berichten sie weiter über Temperaturanstiege bis 39°, die mit leichtem Frösteln 3—4 Stunden nach der Injektion auftraten, aber bald wieder abklangen. Das Fieber stellte sich ganz unregelmäßig, bald zu Beginn, bald in der Mitte, bald am Ende der Kur ein.

Nach den Erfahrungen von Kall scheint das Neosilbersalvarsan das am wenigsten toxische von allen Salvarsanpräparaten zu sein. Es ist dem Silbersalvarsan überlegen, da dessen Nachteile wegfallen. Ernste Nebenerscheinungen hat er nie erlebt. Auch er geht bis zur Einzeldosis von 0,5 und einer Gesamtdosis von 4—5 g bei etwa 12 Injektionen. Den Angaben Webers, der vor der Dosis 0,5 warnt, kann er nicht zustimmen. Seiner Ansicht nach ist die Wirkung des Neosilbersalvarsans stärker als die des Neosalvarsans. Die Neosilbersalvarsan-Mischspritzen mit Cyarsal und besonders mit Novasurol scheinen bei sekundärer Syphilis die Wirkung der reinen Neosilbersalvarsan-Behandlung zu übertreffen.

Hanemann beobachtete die Wirkung des Neosilbersalvarsans an 154 Patienten bei 905 Einspritzungen. Als Einzeldosis gab er bis zu 0,5 und als Gesamtdosis 4,1—5,7 g in etwa 12 Injektionen. Den angioneurotischen Symptomenkomplex sah er, abgesehen von einem Fall, in dem eine nicht einwandfreie Operationsnummer verwendet war, niemals. Salvarsanexantheme und Dermatitiden traten in etwa 5% aller Fälle auf, waren aber sämtlich nur leichter Art. Die Wirkung auf die Erscheinungen und auf die Seroreaktion war eine gute. Er hat den Eindruck gewonnen, als ob das Negativwerden der WR durch Kombination mit Quecksilber schneller erreicht wird.

Strühmer kommt nach einer Behandlung von 505 Patienten mit einer Gesamtdosis von 4,2 g bei Männern und 3,3 g bei Frauen zu demselben Resultat wie die vorhergenannten Autoren. Er meint, daß das Neosilbersalvarsan ein Präparat ist, welches bei offenbar sehr energischer Wirkung auf den syphilitischen Krankheitsprozeß jedenfalls bisher trotz fehlender Nebenerscheinungen auch eine ausreichende Dauerwirkung gezeigt hat.

Ullmann bestätigt ebenfalls die ausgezeichnete Wirkung des Neosilbersalvarsans auf die klinischen Erscheinungen aller Luesstadien und auf die WR. Er hebt die gute Verträglichkeit des Präparates hervor und findet, daß das Neosilbersalvarsan in seiner therapeutischen Wirkung dem Neosalvarsan wenigstens als ebenbürtig, wenn nicht als überlegen zu bezeichnen ist. Nach Ullmann ist Neosilbersalvarsan fortan das Präparat der Wahl.

Digitized by Google

Nach dem übereinstimmenden Urteil der genannten Autoren wurde also das Neosilbersalvarsan als ein sehr gut verträgliches und stark wirksames Präparat befunden. Wir können uns nach unseren an bisher etwa 1000 Injektionen gewonnenen Erfahrungen diesem Urteil durchaus anschließen, was wir um so freudiger tun, als die Erfahrungen mit Silbersalvarsan an unserer Abteilung (Bruck und Sommer) ein nicht so günstiges Resultat gezeitigt hatten, wie diejenigen anderer Untersucher. Wir sind der Ansicht, daß das Neosilbersalvarsan gegenüber dem Silbersalvarsan einen erheblichen Fortschritt bedeutet und daß uns Kolle mit diesem Mittel ein Präparat geschenkt hat, das allein, oder in Mischspritze mit Novasurol oder Cyarsal infolge seiner ausgezeichneten Verträglichkeit, seiner klinisch hervorragenden und serologisch guten Wirkung für die allgemeine Praxis sehr geeignet sein dürfte.

Was die Dosierung anbelangt, so begannen wir bei Frauen mit 0,2, bei Männern mit 0,3 und stiegen in 4—5tägigen Interwallen bei ersteren bis 0,4, bei letzteren bis 0,5 pro Dosis. Die Lösung der betreffenden Dosen in etwa 5 ccm Aqu. dest. geschieht schnell und vollständig, ein für die Praxis gegenüber der schweren Löslichkeit des Silbersalvarsans nicht unerheblicher Vorteil. Die Injektion selbst hat für den Geübten keinerlei Schwierigkeiten, obwohl sie natürlich gegenüber der klaren Neosalvarsanlösung allein oder in Mischung mit Cyarsal den bekannten kleinen Nachteil hat, daß man das Einströmen des Blutes in die Spritze nicht unmittelbar sehen kann. Infiltrate konnten fast immer vermieden werden. Trat dennoch ein solches infolge schlechter Venen auf, so schien es uns schmerzhafter zu sein als ein Neosalvarsaninfiltrat; zur Eiterung oder Nekrose kam es aber nie, sondern die Infiltrate verschwanden stets unter feuchten Verbänden und nachfolgenden Ichthyolpinselungen.

Irgendwelche allgemeine Nebenerscheinungen wurden außer dem bekannten „Spirochätenfieber" nach der ersten oder zweiten Injektion niemals beobachtet. Gelegentlich trat, wie das hin und wieder bei allen intravenösen Injektionen auch von physiologischer Kochsalzlösung vorkommen kann, Erbrechen ein; aber schwerere Zufälle, angioneurotischer Symptomenkomplex, Erythem und Dermatitis, die uns gerade das Silbersalvarsan vorsichtig beurteilen lassen mußten, fehlten beim Neosilbersalvarsan vollkommen! Häufig wurde nach der Neosilbersalvarsanmischspritze die auch von der Neosalvarsanmischspritze bekannte schlechte Geruchsempfindung angegeben. Nach alleiniger Neosilbersalvarsaninjektion wurde die Erscheinung nicht beobachtet.

Die Wirkung des Neosilbersalvarsans allein und insbesondere in einzeitiger Novasurolinjektion auf die Erscheinungen war eine hervorragende und übertrifft an Promptheit noch diejenige der Neosalvarsan-Novasurolmischspritze. — Nicht nur, daß die Haut- und Schleimhauterscheinungen schon nach wenigen Injektionen restlos verschwunden waren, auch die häufig renitenten knorpelharten Primäraffekte und regionären Lymphdrüsenschwellungen scheinen durch Neosilbersalvarsan-Mischspritzen besonders schnell beeinflußt zu werden.

Um zu einem nutzbaren Vergleich der Einwirkung des Neosilbersalvarsans auf die Serumreaktion zu gelangen, legten wir als Vergleichs-

Digitized by Google

objekt unsere bisher übliche einzeitige Neosalvarsan-Novasurolkur Bruck), über die wir klinisch und serologisch schon recht reichliche Erfahrung besitzen (siehe auch Baer, Derm. Zschr.. 1921), und die in der Regel bei Männern aus 7 Injektionen zu 0,45 bzw. 0,6, bei Frauen zu 0,3 bzw. 0,45 Neosalvarsan und 1—2 ccm Novasurol besteht, zu Grunde und behandelten 75 Patienten mit seropositiver Lues in derselben Weise mit durchschnittlich 7 Injektionen, nur, daß wir das Neosalvarsan durch Neosilbersalvarsan, und zwar bei Männern in der Dosierung 0,3—0,5, bei Frauen 0,2—0,4 jeden fünften Tag ersetzten. — Von diesen 75 Patienten blieben 52, und zwar 9 Lues I, 22 Lues II, 20 seropositive Latenzfälle und 1 Lues III-Fall für die Untersuchung verwertbar. Es zeigte sich nun, daß, was die Beeinflussung der klinisch sichtbaren Erscheinungen anbelangt, die kleineren Neosilbersalvarsandosen den größeren Neosalvarsandosen völlig gleichwertig sind. Dagegen steht der serologische Effekt des Neosilbersalvarsans dem des Neosalvarsans bei gleicher Injektionszahl etwas nach. Denn während es (siehe Bruck und Bechhr, Baer u. a.) in der großen Mehrzahl der Fälle wenigstens bei seropositiver Primärlues nach 7 einzeitigen Neosalvarsan-Novasurolinjektionen gelingt, eine negative Reaktion zu erzielen, war der Erfolg beim Ersatz des Neosalvarsans durch Neosilbersalvarsan nicht ganz so günstig. Von 9 Lues I-Fällen wurden 3 völlig negativ, 4 wurden „schwach positiv“ (++++) und 2 blieben stark positiv (++++++). Von 22 Lues II-Fällen wurden 11 negativ, 8 zeigten eine „schwache“ und 3 eine noch stark positive Reaktion. Von den 20 Latenzfällen wurden 9 negativ, 5 wurden „schwach“ und 6 blieben stark positiv. Der Lues III-Fall wurde schwach positiv. Diese serologischen Wirkungen des Neosilbersalvarsans sind gewiß nicht schlecht. Sie zeigen im Gegenteil, wenn wir bedenken, daß wir eben im Neosilbersalvarsan beträchtlich kleinere Salvarsandosen anwenden als im Neosalvarsan, den starken Effekt des neuen Präparates. Unsere Erfahrungen zeigen jedoch, daß Gesamtdosen von 2,2—2,75 Neosilbersalvarsan + 0,3—0,04 g Hg bei Frauen und 3,2 Neosilbersalvarsan + 0,4—0,5 g Hg bei Männern, wenn wir den Maßstab des völlig Negativwerdens der Serumreaktion zu Grunde legen, in der Regel nicht ausreichend sind, sondern daß die Zahl der Einzelinjektionen beim Neosilbersalvarsan erhöht werden muß. Das ist, was Zeit und Geld anbelangt, für die Praxis vielleicht ein gewisser Nachteil. Er wird aber dadurch völlig wieder wett gemacht, daß wir eben im Neosilbersalvarsan ein Präparat besitzen, das uns mit kleinen, wenn auch häufigeren Einzeldosen bei ausgezeichneter Verträglichkeit einen Heilerfolg erzielen läßt, der dem hoher Neosalvarsandosen zum mindesten gleichwertig, wahrscheinlich jedoch überlegen sein dürfte.

Digitized by Google

Versammlungen.

Wiener Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 23. März 1922.

Vorsitzender: Nobl. Schriftführer: Kumer.

Arzt: Erythema multiforme mit Mitbeteiligung der Wangenschleimhaut und der Konjunktiva. 20jähr. Student, der angibt, seit 5—6 Jahren zur Frühjahrszeit an der gleichen Affektion zu leiden. An Händen und Füßen beuge- und streckseitenwärts, an der Innenseite der linken Wange und der Konjunktiva des linken Augenlides makulöse, papulöse und vesikulöse Effloreszenzen, die entzündlichen Rand und zentrale hämorrhagische Verfärbung aufweisen.

Arzt: Großknotiges Erythema multiforme. 52jähr. Frau, angeblich 1914 die gleiche Affektion. Vor vier Wochen im Anschluß an Gelenkschmerzen und Mattigkeit Auftreten eines Exanthems, aus Knoten und Flecken bestehend, an den Streckseiten der Hände, seitlichen Halspartien und Stirne. Farbe teils lebhaft rot, teils im Zentrum bereits livide. Histologisch: Unspezifische Entzündung.

Arzt: Toxisches Exanthem. 20jähr. Kellner. Seit 14 Tagen Temperatursteigerung, seit 10 Tagen Ausschlag zuerst an der Stirne, dann an Rumpf und Extremitäten. Zweimal gegen Variola, das letzte Mal vor 10 Jahren, geimpft. Vorwiegend im Gesicht, aber auch zerstreut am Stamm papulöse Effloreszenzen mit zentraler Pustel. Ganz wenige in der Mitte zerfallen, ekthymaartig verändert. Erythemartige Effloreszenzen mit bläulichem Zentrum und bläulichrotem Saum an der linken Patella. In wenigen Tagen Rückgang der hohen Kontinua unter 38° und Nachlassen der heftigen Schmerzen in den geschwollenen Gelenken. Paulscher Konjunktivalversuch und Blutkultur negativ.

Löwenfeld (Abteilung Nobl): **Epitheliom.** 43jähr. Mann. Am äußeren linken Augenwinkel ein bohnengroßer Herd, im Zentrum neben narbig-atrophischen Stellen entzündlich ekzematös. Am Rande weißliche, harte Knötchen, kankroide Hornperlen. Dauer drei Jahre.

Löwenfeld (Abteilung Nobl): **Acrodermatitis atrophicans.** 51jähr. Frau. Betroffen sind beide untere Extremitäten bis hoch hinauf auf die Oberschenkel. Im Bereiche der Knie extreme Atrophie, zigarettenpapierartig gefältelt, erweiterte und geschlängelte Venen. Distal am Unterschenkel die Haut an dem plattenartig fibrös degenerierten Bindegewebe straff fixiert, hier mehrere atonische Ulzera traumatischer Noxe.

Hofmann (Abteilung Ehrmann): **Extragenitaler und genitaler syphilitischer Primäraffekt.** Sklerose der Unterlippe und Schwellung der Submaxillardrüsen, gleichzeitig typische Initialsklerose der Glans penis mit Schwellung der Inguinaldrüsen, die aber geringer ist als die der submaxillaren.

Hofmann (Abteilung Ehrmann): **Erythema multiforme.** Zwei Patienten, die neben typischen Effloreszenzen der Streckseiten der oberen Extremitäten zahlreiche Blasen der Wangen, Lippen- und Gaumenschleimhaut zeigen. Auch an der Glans und am Skrotum Blasen mit teils klarem, teils getrübtem Inhalt.

Planner und Strassberg (Klinik Finger): **Eigenartige epitheliale Dermatose mit teilweisem Übergang in ausgedehnte Abszesse.** Das bei der 33jähr. Pat. seit vielen Jahren in wechselnder Stärke vorhandene Hautleiden besteht einerseits aus eigenartigen bis linsengroßen Knötchen, die einen zentralen Schorf von gelber oder bräunlicher Farbe tragen, und außerdem aus ausgedehnten furunkelartigen, bis handtellergroßen Abszessen. Das Krankheitsbild, das eine klinische Diagnose nicht zuließ, wurde histologisch untersucht. Danach beginnt der Prozeß mit breiter, zapfenförmiger Einwucherung der Epidermis in das Korium. In dieser Epithelwucherung kommt es zu zentraler parakeratotischer Verhornung. Sekundär wandern dann Staphylococc. pyogen. aur. in den Hornpfropf ein, zerstören die epitheliale Basis der Wucherung und dringen bis zum Bindegewebe vor, das durch Demarkation den von Bakterien und pyknotischen Leukozyten durchsetzten Hornpfropf abstößt und so die furunkelartigen, großen Krankheitsherde bildet. Es handelt sich demnach um eine Epitheliose, die infolge der

Digitized by Google

Sekundärinfektion mit Staphylokokken bei oberflächlicher Betrachtung eine Akne und deren Komplikationen vortäuschen kann.

Kyrle hält den Fall deshalb für bemerkenswert, weil sich nur aus der anatomischen Analyse ermitteln ließ, in welcher Weise die imponierenden Krankheitserscheinungen zustande kommen. Beim ersten Ansehen müßte man aus den umfänglich nekrotisierenden Krankheitsplaques zur Feststellung kommen, daß der Beginn der Dermatose in der Kutis sitzt. Die histologische Untersuchung erst ergab eindeutig, daß es sich um einen primär epithelialen Prozeß handelte, der durch sekundäre Ereignisse zu diesen merkwürdigen Endstadien gelangt.

Fischl: **Asphaltdermatitis.** Unter sechs Arbeitern, die Papperöhren durch Asphalt zu ziehen hatten, erkrankten drei unter dem Bilde einer heftigen, desquamierenden, mit starker Pigmentation und Hyperkeratose einhergehenden Dermatitis des Gesichts, ähnlich dem von Oppenheim beschriebenen Vaselinoderm.

Fischl: **Lichen ruber planus penis et scroti.** Pat., der seit etwa $^1/_2$ Jahre erkrankt ist, hat über 60 Arseninjektionen erhalten, dennoch ständig Nachschübe.

Oppenheim: **Syphilitisches Rezidivexanthem nach überstarker Jarisch-Herxheimer-Reaktion des ersten Exanthems.** Der 30jähr. Kranke hat im Mai 1921 wegen Papeln am Genitale und makulösen Syphilids eine kombinierte Neosalvarsaneinreibungskur durchgemacht. Nach den ersten zwei Einreibungen sehr deutliche Herxheimer-Reaktion, und das Exanthem persistierte während der ganzen Schmierkur. Nach 30 Einreibungen Neosalvarsan zu 0,45. Darauf Fieber bis zu 38,8 und neuerliches Aufflammen des Exanthems, nach der zweiten Neosalvarsaninjektion Temperatur 37,8 and geringgradige Jarisch-Reaktion. Jetzt ein ausgebreitetes makulöses, konfluierendes Exanthem. Lichen syphiliticus zum Teil hämorrhagisch, Papeln des Larynx und Reinduration der Sklerosennarbe.

Kyrle: Wo Herxheimer-Reaktion mit Hämorrhagien einhergeht, ist eine Gewebsläsion im ungünstigen Sinne durchaus wahrscheinlich, sonst aber erscheint es naheliegend, erstere als Heilentzündung im Sinne Bibas und als Ausdruck dafür anzusehen, daß die Verhältnisse für das ungestörte Verbleiben des Virus im Gewebe kaum vorteilhaft sein werden. Ihm scheint die Zahl von schweren Rezidiven nach Herxheimer-Reaktion im Verhältnis zur Häufigkeit der Herxheimer-Reaktion überhaupt selten zu sein.

Oppenheim: Der von mir in mehreren Fällen beobachtete schwerere Luesverlauf nach überstarken Jarisch-Herxheimer-Reaktionen — zwei Fälle erkrankten an Meningitis luetica, einer davon kam zum Exitus — bezieht sich natürlich nur auf überstarke, gewöhnlich mit hohem Fieber einhergehende Reaktionen und zeigt an, daß die Heilentzündung nach Biba zu einer zu starken Gewebsschädigung geführt hat, so daß der Organismus nicht mehr genügend Abwehrkräfte besitzt.

Oppenheim: **Lupus erythematosus disseminatus, papulöses Tuberkulid am Stamme.** 26jähr. Spengler. An beiden Ohren und an Wangen papulöse, lebhaft rote Effloreszenzen mit festhaftenden Schuppen, an einzelnen zentrale Atrophien. An den Händen intensivrote Knötchen und Flecke bis zu Kreuzergröße, die sich auch auf die Ulnarseite der Vorderarme erstrecken. Stellenweise zentrale Dellen. An der Brust, am Rücken blaurötliche, derbe, von normaler Haut bedeckte, bis erbsengroße Knötchen, teilweise in der Subkutis liegend. Keine Drüsenschwellung, jedoch Spitzenaffektion. Pirquet stark positiv.

Oppenheim: **Lichen ruber acuminatus.** Der Fall wurde im Februar vorgestellt. Da die Diagnose nicht allgemein anerkannt wurde, wird er nochmals mit denselben Erscheinungen, fast unbeeinflußt durch Arsenik-, Salben- und Quarzlichttherapie, vorgestellt. Die Lichenefflorescenzen reihenförmig angeordnet, besonders am Halse. Histologisch: Hyperkeratose der Follikel, konzentrisch geschichteter Hornpfropf, Verbreiterung der Körnerzellenschicht. Anhäufung von Rundzellen um die Haar- und Talgfollikel. Daneben typische Planuseffloreszenzen mit Spaltbildung zwischen dem auf den Papillarteil der Kutis sich beschränkenden Rundzelleninfiltrat und der die Proliferation der Stachelzellen in typischer Weise zeigenden Epidermis.

Ullmann erklärt den Fall für Pityriasis rubra pilaris.

Oppenheim: **Gummata hepatis, lienis, glandularum lymphaticarum colli.** 46jähr. Kranke, stark abgemagert, sonst sich gesund fühlend. Vor 16 Jahren Geburt eines hereditär luetischen Kindes, dann sieben Aborte. Angeblich fünf Kuren, einmal Neosalvarsan. Seit November Vergrößerung der Leber. Oberbauchgegend gleichmäßig vorgewölbt, bei der Atmung eine Verschiebung von Unebenheiten. Leber reicht zwei

Digitized by Google

Querfinger unter Nabelhöhe, Oberfläche grobhöckerig, mit tiefen Furchen, Rand sehr derb, gelappt und plump; Unterfläche ebenso. Milz von gleicher Beschaffenheit wie die Leber. Am Halse links ein faustgroßes, grobhöckeriges, derbes Drüsenpaket. Im Urin Urobilinogen. Blutbefund: Leukozytose (18200), Eosinophile 11%, kein Ikterus.

Oppenheim: **Erythrodermia exfoliativa recidivans nach Neosalvarsan.** 36jähr. Beamtensgattin. Drei Wochen vor dem Spitalseintritt Beendigung einer kombinierten Kur (20 Hg salicyl.- und 5 Neosalvarsaninjektionen à 0,45). Damals diffuses Exanthem aus konfluenten, stecknadelkopfgroßen, hyperkeratotischen Knötchen bestehend. Farbe eigentümlich gelbrot, Haut verdickt, an manchen Stellen unregelmäßig eckig konturierte Inseln normaler Haut. Die diffus erkrankten Partien zeigen feinlamellöse Schuppung. An der Mundschleimhaut scharf begrenzte, rote Flecke, Zunge geschwollen, düsterrot, depapilliert. Urin normal. Während des viermonatigen Spitalaufenthaltes wurde das Exanthem universell, an den Unterschenkeln traten irisähnliche Éffloreszenzen auf. Es bestand öfters Oligurie, Spuren von Albumen. Nach Fieberanfällen, die mit Zunahme der Rötung der Haut auftraten, begann großlamellöse Abschuppung, die abnahm, um wieder von neuem zu beginnen. Danach ikterische Verfärbung, Albumen und Zylinder. Die gespannte Haut wurde schlaff, fältelte sich und bot das Bild der Atrophie, um dann wieder ödematös gespannt zu werden und neuerlich lamellös abzuschuppen. Am rechten Arme eine Phlegmone, die Spaltung erforderte. Wegen Lungeninfarktes mußte die Kranke auf eine interne Abteilung transferiert werden. Hernach war sie dauernd afebril, die Haut wurde dunkel pigmentiert, stellenweise noch schuppend, die Lymphdrüsen verkleinerten sich. Die Haare des Kopfes und Körpers fielen aus. Die Nägel zeigten schwere Veränderungen. Dieses Bild heute noch. Blutbefund: Anämie, Hypoglobulie und starke Eosinophilie. In Schuppen und Urin Arsen.

Mucha weist darauf hin, daß er über zwei Fälle berichtet hat, bei denen schwere Dermatitis 6 Wochen nach der Kur aufgetreten war.

Kyrle: Bei Zustandekommen der Salvarsandermatitis spielt individuelle Disposition eine große Rolle. An der Klinik Finger wurden in 5 Jahren 30 schwere Salvarsandermatitiden beobachtet. Zweimal wurden oberflächliche Hautnekrosen im Bereiche der Brust beobachtet. Bei einzelnen trat die Dermatitis schon nach geringen Salvarsanmengen in Erscheinung. Therapeutisch ist frühzeitige Verabreichung des Wasserbettes wichtig. Der günstige Einfluß auf den Verlauf der Syphilis ist zweifellos. Ein paarmal konnten wir allerdings in der späteren Zeit Rückfälle beobachten. Warum in einzelnen Fällen der günstige Effekt ausbleibt, entzieht sich der Beurteilung.

Sachs sah bei Patienten mit Pruritus und Erythem nach Neosalvarsan diese ausbleiben, wenn vor der Injektion Calcium lacticum genommen wurde.

Ullmann: **Prurigo ferox.** 24jähr. Mann, Haut des Stammes trocken, schiefergrau bis gelbbraun, Oberhaut rauh, diffus verdickt, fettarm, zahlreiche Exkoriationen und Impetigines. Innenflächen der unteren Extremitäten diffus von krustösem Ekzem bedeckt, Leistendrüsen gänseeigroß. Auffallend ist das abgemagerte, fast kachektische Aussehen und die im ganzen zurückgebliebene Entwicklung. Auch in psychischer Beziehung besteht auffallende Befangenheit und Ängstlichkeit. Im Urin wie Blut vermehrte Säuerung. Einen ähnlichen Fall eines Mädchens von 22 Jahren hat U. 1911 vorgestellt. Als ältester Fall gilt der von Ehlers mit 23 Jahren.

Friedmann: **Tonsillarsklerose.**

Kumer (Klinik Riehl): **Lichen planus.** Erscheinungen an der Zunge und annuläre Herde an den Extremitäten.

Kumer (Klinik Riehl): **Atrophia cutis idiopathica.** 28jähr. Frau. Ergriffen sind rechte obere Extremität, anschließende Brusthälfte und Rückenhaut. Die Veränderungen bestehen in rötlicher Verfärbung der sich pastös anfühlenden Haut mit Durchscheinen der tiefen Venen.

Fuhs (Klinik Riehl): **Favus capitis.** 10jähr. Knabe mit gelichtetem Haarbestand. Neben leicht eingesunkenen rundlichen Narben in Schuppenhäufchen vereinzelte stecknadelkopf- bis linsengroße gelbe Skutula. Pilzbefund positiv.

Fuhs (Klinik Riehl): **Lichen scrophulosorum.** 18jähr., in der Entwicklung sehr zurückgebliebenes Mädchen. Am Rücken und den Seitenpartien des Stammes follikulär angeordnete, stecknadelkopfgroße, braunrote Knötchen mit einer Schuppe an der Spitze. Morosche Tuberkulinreaktion stark positiv, desgleichen die Pirquetsche und Mantouxsche. Daneben ausgedehnter Lupus serpiginosus cicatrisans am linken Oberschenkel. Die Affektion ist angeblich im Anschluß an die Operation einer Osteomyelitis des Femur aufgetreten. Veralteter rechtsseitiger Spitzenprozeß.

Digitized by Google

Fuhs (Klinik Riehl): **Granulosis rubra nasi.** 10jähr. Knabe, dessen Nase sich kühl und feucht anfühlt. Haut fleckig gerötet, mit nadelspitz- bis nadelkopfgroßen, dunkelroten Knötchen, die an der Kuppe zarte Schweißtropfen zeigen.

Randak (Klinik Riehl): **Lues.** Sklerosenrest der Unterlippe bei einem sechsjährigen Kinde mit Sekundärerscheinungen.

Randak (Klinik Riehl): **Gumma.** 58jähr. Pat., vor zwei Jahren nach Strumaoperation Ulzeration im Bereiche des Hautschnittes. Geschwürprozeß in den zentralen Partien mit einer Narbe ausgeheilt, während er peripher in einem braunroten Infiltrat zirzinär fortkriecht. Wassermann- und Luetinreaktion positiv. Die Kenntnis der traumatisch ausgelösten Gummen ist mit Rücksicht auf unfalls- und versicherungsrechtliche Folgen nicht unwichtig.

Strassberg (Klinik Finger): **Lupus vulgaris von atypischem Aussehen.** An der Streckseite des linken Vorderarmes einer 31jähr. Frau kinderhandtellergroßer Lupus von epitheliomähnlichem Aussehen. Histologisch: Lupus vulgaris.

Strassberg (Klinik Finger): **Sclerodermie en plaques mit sekundärer Lues.** 32jähr. Mann. Sclerodermie en plaques mit Pigmentationen nach abgeheilten lentikulären Papeln im Bereiche der Sklerodermie. Während ihres Bestandes waren die Papeln durch nichts von gewöhnlichen lentikulären Papeln unterschieden.

Fachzeitschriften.

Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle.

1921, Bd. 62, H. 6.

Untersuchungen über Unregelmäßigkeiten und Störungen des Verhornungsprozesses in den hauptsächlichen Krankheitszuständen der menschlichen Haut (Ricerche sulle anomalie e le alterazioni del processo della corneificazione nei principali stati morbosi della cute umana), 4. vorläufige Mitteilung von Leonardo Martinotti-Bologna. Hauthorn: atypische Bildungen und Formungen des Epithels, Wucherung der Basalzellen. Die Grundsubstanz des Hauthorns ist Eleidin und Eleidinogen mit Paraeleidinkernen. — Keratoma plantare: Lymphstasen. Infiltration der Papillarschicht. Verlängerung und Hypertrophie der Papillen. Dyskeratosis. Dyshyalisis. Hyperkeratosis. Verbreiterung des Stratum lucidum (reines Eleidin mit Keratininseln). Über den Papillen oft Schollen hyaliner Substanz. — Ichthyosis foetalis: Vermehrung der Eleidinsubstanzen. Kein Keratin, nur gelegentlich Paraeleidin. Das Stratum corneum ist an den dünneren Stellen eben, gleichmäßig und glatt, an den dickeren und follikel- und drüsenreichen buntgestaltet. — Ichthyosis vulgaris: Hyperkeratinose besonders an den Stellen stärkerer Hyperkeratosis ohne Schuppenbildung. Hypereleidosis an den schuppigen Stellen.

Über einen Fall von Acanthosis nigricans (Su un caso di acanthosis nigricans), von Ludovico Brunetti, Adriano Sturlo und Emanuele Freund-Triest. Eine Literaturübersicht der seit der Arbeit von Grouven und Fischer beobachteten Fälle bestätigt das häufige Vorkommen von bösartigen Neubildungen, dagegen nicht gerade von solchen des Unterleibes; die Frauen überwiegen, aber nicht sehr bedeutend. Im geschilderten Fall bestand Infantilismus, wahrscheinlich auf der Basis einer mangelhaften Hypophysisbildung. Weitgehende Abheilung der Hauterscheinungen unter intensiver Röntgenbestrahlung. Der Versuch, Hypophysis, Thymus, Thyreoidea und Ovarien mit reizenden oder dämpfenden Strahlenmengen zu behandeln, hatte keinen zweifellosen Erfolg hinsichtlich Infantilismus und Amenorrhoe. Auf die Möglichkeit eines Zusammenhanges von Acanthosis nigricans und Störung der inneren Sekretion wird hingewiesen.

Ein Fall multipler Hautnekrose bei einer jungen Frau (Un caso di necrosi multipla della pelle in una giovine donna), von Luigi Belliotti-Palermo. 23jähr. gesundes Bauernmädchen, welches seit drei Jahren an wiederkehrenden umschriebenen Hautnekrosen, besonders der rechten Extremität und der zugehörigen Brust- und Schulterpartie litt. Vorboten in Form von Brennen. Selbstbeschädigung, Hysterie und Beziehung zu Amenorrhoe werden abgelehnt.

Über ein Korionkarzinom mit malignem Verlauf und Ausgang von den Schweißdrüsen (Circa un caso di carcinoma del corion ad adantamento maligno, iniziato dai tubuli sudoriferi), von L. Morini und P. Montagnani-Modena.

Digitized by Google

Über die Behandlung des Lupus erythematodes mit Kohlensäureschnee (Della terapia del lupus eritematoso con la neve carbonica), von Gino Murero. Bericht über elf Fälle von Lupus erythematodes, die mit günstigem kosmetischem Resultat durch Kohlensäureschnee geheilt worden sind.

1922, Bd. 63, H. 1.

Der Tripper der Geschlechtsteile bei kleinen Mädchen (La blenorragia dei genitali nelle bambine), von T. Scomazzoni-Mailand. Scomazzoni hat in jedem Fall von Trippererkrankung kleiner Mädchen im Zervikalsekret Gonokokken gefunden. Die Erkrankung des Gebärmutterkörpers und der Anhänge wurde nicht selten festgestellt. Die mikroskopische Untersuchung der Partie lehrte, daß der anatomische Bau der Drüsen usw. dem Befund bei Erwachsenen entspricht, die Ansiedlungsverhältnisse also dieselben sind.

Zur Kenntnis der durch gewöhnliche Eitererreger gebildeten knotig-gummösen Granulationsgeschwülste, klinische und experimentelle Untersuchungen mit 11 Abbildungen (Per la conoscenza delle formazioni granulomatose nodulo-gommoidi da comuni piogeni, studio clinico esperimentale con undici figure), von Rodolfo Porcelli. Bei einer alten Frau von schlechtem Ernährungszustand bestanden im Gesicht Knoten, welche den Eindruck von Gummen machten. Sie waren zum Teil geschwürig zerfallen. Ein Geschwür über einem Nasenflügel war nach dem Naseninnern durchgebrochen. In den geschlossenen Knoten war der Staphylococcus pyogenes albus in Reinkultur. Mikroskopisch fand sich ein buntes Bild von syphilisähnlicher Beteiligung der Blutgefäße, tuberkuloseähnlicher Riesenzellen- und Epitheloidzellenbildung, jedoch mit zentraler Anordnung der Rundzellen. Das reingezüchtete Bakterium wird zur Autoinokulation verwendet: Rasche Rückbildung der entsprechenden Infiltration durch Behandlung der Kranken mit Autovakzine. Positive Tierversuche. Unter Behandlung mit Autovakzine statt Heilung rasch fortschreitender Zerfall. Daneben bestanden andere Erscheinungen von Pyodermie.

Über einen Fall von Aknitis (Sopra un caso di acnitis), von Luigi Bussalai-Genua. Der Kranke bot Zeichen der Tuberkulose. Von dem gewöhnlichen Bild der Aknitis unterschied sich der Fall dadurch, daß die Knötchen nicht unter, sondern zumeist in der Haut entstanden.

Die Behandlung mit Eigenblutserum bei den gonorrhoischen Gelenkentzündungen (L'autosieroterapia ematica nelle artriti gonococciche), von A. De Bella. Im Mittel waren 5—6 Einspritzungen nötig. Sie wurden zuerst täglich, später mit einer Pause am dritten Tage ausgeführt. Es wurden 10—30 ccm Blut entnommen und die erhaltenen 5—15 ccm Serum eingespritzt. Der Einfluß auf die Schmerzen, die Funktion, das Fieber und den Allgemeinzustand war überraschend gut. Langsamer gingen die Schwellungen zurück, besonders in den subakuten Fällen. De Bella erklärt sich die Wirkungsweise so, daß er annimmt, daß die Antikörper des Blutes, welche im zirkulierenden Blute an die Formelemente gebunden waren, durch die Serumdarstellung frei werden.

Über die wahrscheinlich zerstörende Wirkung des Kaliumpermanganats auf die spitzen Kondylome der Harnröhre (Sulla probabile azione distruttiva del permanganato di potassio sui condilomi acuminati dell' uretra), von Augusto Oro. Innerhalb zehn Tagen verschwanden die Wucherungen der Fossa navicularis eines Blennorrhoikers durch zweimal tägliche Spülungen mit einer Permanganatlösung i. V. 1:4000 bis 3000.

Seltener Sitz eines Primäraffektes (Di una rara sede di sifiloma iniziale), von Giona Nardi-Vicenza. Primäraffekt auf dem behaarten Kopfe. Übertragung durch Biß.

A. v. Notthafft-München.

Bücherbesprechungen.

Die medizinische Hochfrequenztechnik, von Otto Müller-Halle. (Verlag Hachmeister & Thal, Leipzig 1922.) Aus „die Technik der Elektromedizin in Einzeldarstellungen" Heft 1, 31 Seiten, mit vielen Abbildungen und Schematen, geheftet M. 14. — Das Hauptgewicht der Broschüre ist auf die Darstellung der von den verschiedensten Firmen deutscher Industrie erzeugten Diathermie- und Hochfrequenzapparaturen gelegt und auf ihre gemeinsamen und abweichenden Prinzipien. Ausführlicher wird der neueste

Digitized by Google

mit Elektronenröhre arbeitende Apparat beschrieben. Kurz ist die Geschichte der Arsonvalisationen, Diathermie und die Praxis und Biologie der Diathermie gestreift.

G. W. Unna-Hamburg.

Röntgenbehandlung in der Dermatologie, von Hans Ph. Schreus. (Friedrich Cohen, Bonn 1922.) Indem der Bonner Privatdozent auf allen Ballast (Literaturangaben, Einzelheiten der physikalischen Grundlage, Biologie, strittige Tagesfragen) verzichtet, bringt er in überaus übersichtlicher, kompendiöser Form auf knapp 92 Seiten das wichtigste, was der angehende Dermatologe, der sich mit Röntgentherapie beschäftigen will, wissen muß. Gleichzeitig wird neben dem, was im Laufe der Zeit sich als gebräuchliche Methode durchgesetzt hat, der Standpunkt des Verf., soweit Abweichungen vorhanden sind, gewahrt. Die Ratschläge die der Verf. in bezug auf die Bestrahlungseinrichtung und deren Beschaffung in kurzer Form gibt, tragen der heutigen valutaschwachen Zeit Rechnung. Kurz ist der einfache Schreus-Martiusche Regenerierautomat beschrieben. Im Kapitel „Dosimetrie" werden mit möglichst geringem Aufwand an physikalischen und mathematischen Formeln die notwendigen Begriffe der Härte, Halbwertschicht, Dosenquotient usw. erörtert, und die Abhängigkeit der Dosis von dem Gemisch der Primärstrahlung, Filter, Abstand usw. angegeben. Ausführlicher wird das für den Dermatologen so wichtige Meyersche Dosierungsverfahren besprochen. Das Kapitel über „Methodik der Bestrahlung" erörtert an Hand von Schemata die Grundsätze der Totalbestrahlung, der Bestrahlung des Gesichts, der Genito-Analgegend mit besonderer Berücksichtigung der Epilationsmethoden. Im Kapitel „Biologische Gesichtspunkte" interessieren: „Auswahl der günstigen Strahlenhärte" und „Die Art und Stärke der Strahlenwirkung". Sehr kurz werden die Schädigungen der Haut, die Nebenwirkungen auf den Gesamtorganismus — speziell Schleimhäute, Drüsen, Blut — besprochen. Am Schluß findet man eine alphabetisch geordnete Zusammenstellung des Indikationsbereiches. Auch der Praktiker wird für Anregungen und praktische Winke, die über das Büchlein verstreut sind, dem Verf. Dank wissen.

G. W. Unna-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Maligne Neubildungen.

Über einige Resultate einer neuen Behandlungsmethode von Haut- und Schleimhautkrebs (Sopra alcuni risultati di un nuovo metodo di cura del cancro cutaneo e mucoso. Nota preventiva), von Francksco Pulvirenti-Catania. (Riforma med., 1922, Nr. 7, S. 150.) Bericht über vier Fälle von mikroskopisch festgestelltem Epitheliom (eines der Nasengegend und drei des Penis), welche vom Verf. mittels eines eigenen von ihm erfundenen Präparates, das Verf. vorläufig geheim hält, ausgeheilt worden sind. Die Versuche wurden im Ospedale Vitt. Emanuele, chirurgische Abteilung in Catania, vorgenommen.

E. Freund-Triest.

Die Wirkung der Autoserotherapie auf die Albumine und Lipoide des Krebsserums (L'action de l'autosérothérapie sur les albumines et les lipoides du sérum cancéreux), von Lorper, Debray und Tonnet. (Progr. méd., 1922, Nr. 10.) Durch den Übergang von aus dem Tumor stammenden Albuminen und Lipoiden in das Blut der Krebskranken erklärt sich ein Teil der bei ihnen zu beobachtenden Allgemeinerscheinungen (Anämie, Kachexie). Diese Substanzen bewirken im Blut wahrscheinlich einen Chok und rufen Abwehrerscheinungen sowie die Entwicklung und Anpassung destruktiver Fermente hervor. Versuche durch Einspritzung des diese neoplastischen Substanzen enthaltenden Serums die Abwehrerscheinungen zu steigern, haben noch keine einwandfreien therapeutischen Erfolge ergeben.

E. Levin-Berlin.

Über den heilenden Einfluß des Erysipels auf Gewebsneubildungen, insbesondere bösartige Tumoren, von Willi Wolfheim-Königsberg. (Zschr. f. kl. M., 1921, Bd. 92, H. 4—6, S. 507—526.) Historische Übersicht und Zusammenstellung der in der Literatur beschriebenen, durch interkurrentes oder artefizielles Erysipel geheilten oder gebesserten Neubildungen. Beschreibung eines selbst beobachteten Falles von Rundzellensarkom des Nasenrachenraumes mit ausgedehnten Drüsenmetastasen, das durch ein interkurrentes Erysipel bis auf einen geringen Rest zurückging. Nach sechs Wochen Rezidiv, jetzt wird dazu noch ein Mediastinaltumor festgestellt. Eine nun versuchte Impfung mit hochvirulenten Streptokokken ging trotz vieler Mühe niemals an und gab

Digitized by Google

Verf. Gelegenheit, die Angaben früherer Untersucher zu bestätigen, die die Schwierigkeit betonten, welche der willkürlichen Hervorrufung eines Erysipels sich entgegenstellen. — Erörterung der heute bekannten Tatsache, daß es keine spezifischen Erysipelstreptokokken gibt und man mit den aus einem Erysipel gezüchteten Streptokokken nicht bei jedem Individuum wieder ein Erysipel hervorrufen kann. Eingehender Bericht über die seit Lassar von 1891—1902 vergebens gemachten Versuche mit Erysipeltoxinen und antitoxischem Erysipelserum. Nach Erörterung der verschiedenen, zur Erklärung des oft unbestreitbar heilenden Einflusses des Erysipels auf Neoplasmen aufgestellten Theorien vertritt Verf. seine eigene Ansicht, die dahingeht, daß möglicherweise auch hier dem Wesen nach eine Protoplasmaaktivierung im Sinne unspezifischer Proteinkörpertherapie durch die Erysipelerreger in ihrer Eigenschaft als Eiweißkörper vorliege. F. Jacobsohn-Berlin.

Bemerkungen zur experimentellen Erzeugung von Teerkarzinomen, von R. Bierich und E. Möller-Hamburg. (M. m. W., 1921, Nr. 42, S. 1361.) Teerpinselung des Kaninchenohres hat örtlich Reizung nach dem ersten Monat, Epithelhyperplasie nach dem zweiten, Tiefenwachstum von Anfang des dritten bis gegen Mitte des vierten Monats zur Folge. In 60% der Pinselungen konnten Karzinome erzielt werden, die an einzelnen Stellen sich mit Sarkombildung verbanden. Metastasen. Transplantierbarkeit. Arsen ist nicht die Ursache der Teerwirkung. Der Teer wird pigmentartig in den obersten Schichten des Strat. papillare abgelagert. A. v. Notthafft-München.

Krankheiten des Mundes.

Quecksilber als Reizmittel bei Stomatitis ulcerosa, von Friedrich Köthe-Leipzig. (D. m. W., 1922, Nr. 6, S. 191—192.) Ausgehend von der Tatsache der umgekehrten Wirkung großer und kleiner Arzneigaben, behandelte Verf. die Stomatitis ulcerosa mit kleinen Mengen Hg per os, um dadurch eine Reizwirkung im Sinne einer Steigerung der Abwehrmaßnahmen gegen die Erkrankung herbeizuführen. Die Erfolge waren gut. Verordnet wurde: Hydrarg. oxydulat. nigr. 0,01, Saccharl. lact. ad 10,0. MS. Dreimal täglich eine Messerspitze zu nehmen. Daneben fand Lokalbehandlung statt, die in gründlicher Zahnreinigung, Spülen mit 1% H_2O_2 und Ätzung mit 8% Zinc. chlorat. bestand. Die Gesamtkrankheitsdauer betrug nur selten über acht Tage. F. Harry-Berlin.

Maul- und Klauenseuche beim Menschen (Foot- and Mouth Disease: With Special Reference to its Occurrence in Man), von A. K. Cameron. Lancet, 1922, Nr. 5138, S. 353—355.) Wahrscheinlich handelt es sich um einen ultramikroskopischen, bis jetzt noch nicht näher bekannten Erreger. Nach einer Inkubationszeit von ein bis zehn Tagen zeigt sich bei Tieren unter Fieber ein bläschenförmiger Ausschlag auf der Mundschleimhaut, Schwellung und Schmerzen der Füße und auch an diesen Stellen kleine Blasen, ebenso am Euter. Allmählich platzen die Bläschen und heilen ab. Die Tiere leiden an großer Appetitlosigkeit, starkem Speichelfluß und haben ein charakteristisches Schmatzen des Mundes. Die Seuche ist letal in $^1/_2$—40%, je jünger die Tiere, um so gefährlicher. Der Mensch kann durch direkte Übertragung infiziert werden, meist aber durch die Milch. Beim Menschen tritt Fieber auf, Kopfschmerzen, Schwindel, Aufstoßen, Gliederschmerzen, die Mundschleimhaut ist entzündlich gerötet, zeigt erbsengroße Blasen, die mitunter auch auf der Konjunktiva, an der Haut der Fingerspitzen, Zehen und Nase auftreten. Das Schlucken ist sehr schmerzhaft. Im allgemeinen ist der Verlauf mild, die Dauer beträgt bei Erwachsenen eine Woche, bei Kindern etwas länger, auch ist die Krankheit für Kinder durch begleitenden Darmkatarrh gefährlicher. Vorbeugungsmittel sind strenge Quarantäne und Pasteurisierung der Milch 120 Minuten lang bei 60°. G. Assmann-Kiel.

Über Trypaflavinwirkung bei Erkrankungen der Mund- und Rachenhöhle, besonders bei Soor, von Marcus Meier-Stuttgart. (M. m. W., 1921, Nr. 49, S. 1586.) Günstige Erfolge der Pinselung mit $^1/_2$%iger Trypaflavinlösung. Keine örtlichen oder Nierenschädigungen. A. v. Notthafft-München.

Über die fusospirilläre Symbiose, die Gattung Fusobakterium und Spirillum sputigenum. I. Mitteilung. Die Epidemiologie der fusospirillären Symbiose, besonders der Plaut-Vincentschen Angina, von M. Knorr-Erlangen. (Zbl. f. Bakt., I. Abt., Orig., Bd. 87, H. 7—8, S. 536—544.) Die Plaut-Vincentsche Angina ist nicht erst in den Nachkriegsjahren, sondern bereits in den letzten Kriegsjahren häufiger als vor dem Kriege gewesen. Mit der Unterernährung oder mangelhaften Ernährung (Avi-

Digitized by Google

taminose) wird das häufigere Vorkommen der Plaut-Vincentschen Angina begründet. Die primäre ätiologische Bedeutung der fusospirillären Symbiose wird verneint, da es noch nie gelungen ist, mit Reinkulturen eine Infektion hervorzurufen. Die Erkrankung tritt erst als Folge einer vorangegangenen Gewebsschädigung oder des gestörten Allgemeinbefindens auf. Die fusospirilläre Symbiose ist eine Vereinigung von Organismen, die wechselseitig in ihrem Fortkommen und ihren biologischen Leistungen voneinander abhängig sind. F. Harry-Berlin.

Physiologische Pigmentierung der Mundschleimhaut (Pigmentation physiologique de la muqueuse buccale), von L. M. Bonnet und Lebeuf. (Soc. nat. de Méd. et des Sciences méd. — Lyon Méd., 1922, Nr. 4.) Auf der Schleimhaut der Wangen, der Lippen zahlreiche schwarze, scharf begrenzte Flecke. Sonst völlig gesund, keine Zeichen von Addison, keine Störungen der inneren Sekretion. Erneuter Beweis für das von anderer Seite bestrittene Vorkommen nicht pathologischer Pigmentierungen. E. Levin-Berlin.

Haare und Nägel.

Zur Behandlung des schwachen Haarwuchses nach Zuntz und Kapp, von Apel-Charlottenburg. (D. m. W., 1922, Nr. 5, S. 161.) Verf. glaubt, daß der Hauptteil der von Kapp erzielten Erfolge nicht auf die Keratin-Jontophorese, sondern auf die angewandten chemischen und elektrischen Reize zurückzuführen ist. Ob die Haarpapillen zur unmittelbaren Aufnahme des Keratins fähig sind oder ob das Zuntzsche Verfahren der Spaltung im Darm und des Neuaufbaues in den Papillen wirksam ist, müssen die weiteren Beobachtungen erst ergeben. Immerhin wird durch die Kombination der Methoden nach Kapp und Zuntz die gegenwärtig überhaupt mögliche Höchstwirkung erzielt. F. Harry-Berlin.

Dermatomykosen.

Experimentelle Untersuchungen über die diagnostische Verwertbarkeit und die Spezifität der Hautimpfungen mit Trichophytinen, von W. J. Markert-Würzburg. (M. m. W., 1921, Nr. 40, S. 1288.) Kranke mit bestehender oder früher bestandener tiefer Trichophytie antworten auf intrakutane Impfungen mit Trichosykon-Kalle oder Trichophytin-Höchst fast immer mit verschieden starker Rötung und Schwellung der Einspritzungsstelle, am deutlichsten bei einer Verdünnung von 1 : 5. Oberflächliche Trichophytien verhalten sich ähnlich, wenn ihre Herde stärker entzündet sind. Höhepunkt der Reaktion nach 36—48 Stunden. Hauttuberkulosen ergeben keine positiven Resultate (Gegensatz zu Scholtz). Gelegentliche flüchtige Reaktionen („Pseudoreaktionen") waren zum Teil unspezifische Karbolsäurereaktionen; auf subkutane Trichophytin- oder Trichosykoninjektionen flammten sie nicht auf. Das Trichophytin-Höchst enthält im Gegensatz zu dem Kalleschen Präparat frühreizende Stoffe, ist also zu diagnostischen Zwecken weniger brauchbar. Hauttuberkulosen reagierten nach intrakutaner Trichophytinimpfung mit länger dauernden Reaktionen nur, wenn Spritzen verwendet werden, aus welchen früher A. T. gespritzt worden war. A. v. Notthafft-München.

Über autochthon in Vorpommern entstandenen endemischen Favus und Maßnahmen zu seiner Bekämpfung, von W. Schönfeld-Greifswald. (M. m. W., 1921, Nr. 49, S. 1575.) In Vorpommern hat es immer Herde von heimischem Favus, der von Mensch zu Mensch übertragen wird, gegeben. Der Krieg hat keine Zunahme gebracht. Um Neueinschleppung durch ausländische Erntearbeiter zu verhindern, sollten diese ärztlich untersucht werden. A. v. Notthafft-München.

Die Behandlung der Bartflechte, von Max Michael-Frankfurt a. M. (Fortschr. d. Med., 1921, Nr. 24, S. 851—852.) Enthält nur bekannte Sachen. H. Soltmann-Leipzig.

Ein Fall von Aktinomyzesvarietät, von W. Bachmann-Düsseldorf. (Zbl. f. Bakt., Bd. 88, H. 1, S. 6—9.) In dem von einer chronisch verlaufenden Eiterung der Wange stammenden Eiter wurden mikroskopisch neben Refringensspirochäten und fusiformen Stäbchen grampositive Stäbchen und Kokkobazillenformen gefunden, die dicht nebeneinander lagen und in Größe und Form Pseudodiphtheriebazillen ähnelten. Ferner waren grampositive Fäden und lange, zum Teil gewundene, aus kurzen Stäbchen zusammengesetzte Ketten gefunden worden, alles Merkmale der Streptothrixarten. In

Digitized by Google

einem aus der Reinkultur hergestellten Grampräparat wurden zylindrische Sporen und typische, lange Aktinomyzesfäden mit echter Verzweigung festgestellt. Der Aktinomyzes wächst gut auf Glyzerin-, Maltose-, Saccharosesagar bei 37°. Tierversuche waren erfolglos, ebenso die Agglutinations- und Komplementbindungsversuche.

F. Harry-Berlin.

Tierische Parasiten und Fremdkörper.

Zur Klinik der Säuglingsskabies, von J. Heilmann-Barmen. (D. m. W., 1922, Nr. 9, S. 294.) Jeder klinisch nicht eindeutige Hautausschlag der Säuglinge an den Prädilektionsstellen der Skabies muß auf Milbengänge hin untersucht werden. Im Gegensatz zum Erwachsenen siedelt sich die Krätzmilbe bei Säuglingen auch im Gesicht und auf dem behaarten Kopf an. Die Milbengänge sind meist schon im ersten Stadium borkig entartet. In der Therapie hat sich am besten eine viermalige Einreibung mit Sulf. praec., Cretae alb., Zinc. oxyd. aa 15,0, Vaselin. 45,0 bewährt. Zwei Tage später Reinigungsbad und Wäschewechsel. F. Harry-Berlin.

Die Entlausung und Ungezieferbekämpfung, von Wolf-Hanau. (W. kl. Rdsch., 1922, H. 1—3.) Zusammenstellung der reichhaltigen Literatur über die Läusebekämpfung auf Grund der Kriegserfahrungen. Eignet sich nicht zu kurzem Referat, wird aber jedem, der auch jetzt noch genötigt ist, in größerem Maßstabe Läusebekämpfung zu treiben, ein willkommener kritischer Führer sein. F. Hirsch-Ulm.

Zur Unterscheidung von Kopf- und Kleiderläusen, von H. Sikora. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., Bd. 26, H. 3, S. 83.) Für die kleinsten, allerdings seltenen Kopflausstämme gilt das Unterscheidungsmerkmal der einreihigen Mittelbauchmuskulatur der ♀. Die Längenmaße echter Kopfläuse betragen durchschnittlich: ♀ 2,6 mm, ♂ 2,3 mm. Es gibt große Kleiderlausrassen, deren ♀ 6 mm lang sind. Die Eier der Kopfläuse sind kleiner, schlanker und an dem von Kitt umgebenen Hinterende spitziger als die der Kleiderläuse. G. Assmann-Kiel.

Akute exanthematische Infektionskrankheiten.

Die Serumprophylaxe der Masern (The Serum Prophylaxis of Measles), von Morley D. Mc Neal-Rochester. (J. Am. m. Ass., 1922, Nr. 5, S. 340—341.) Verf. hat an 16 Fällen von Kindern im Alter von einem bis zu elf Jahren die Wirksamkeit der Degkwitzschen Masernschutzimpfung ausprobiert. Von den 16 Fällen erkrankten nur 4 an leichten Masern. F. Quasig-Hamburg.

Scharlachprobleme, von K. Kisskalt-Kiel. (Klin. Wschr., 1922, Nr. 4, S. 181.) Mit Berücksichtigung des Fehlens näherer Kenntnis des Scharlacherregers beschäftigt sich Verf. mit einer Reihe interessanter epidemiologischer Fragen, von denen die hauptsächlichsten kurz angeführt seien. 1. Rolle des Alters. Erstes Lebensjahr wenig befallen, Haupterkrankungszeit 3.—5., auch 6. Lebensjahr. Im Schulalter Abnahme der Erkrankungszahl. Bei den Erwachsenen überwiegt die Zahl der Frauen gegenüber den Männern stark. Wahrscheinlicher Grund: leichtere Infektionsmöglichkeit bei der Pflege Kranker und größere Disposition. 2. Sterblichkeit steigt nach dem ersten Lebensjahr an und in diesem selbst auch schon von Monat zu Monat. Bei Schulkindern sinkt die Sterbezahl schneller als die Erkrankungszahl, bei Erwachsenen ist die Letalität weit kleiner als bei älteren Kindern. 3. Disposition beim Scharlach nicht festzustellen, da der Erreger unbekannt, dafür Ermittlung des Kontagionsindex. Dieser beim Scharlach geringer als bei Masern oder Pocken; öfters Familienerkrankungen, besonders Neigung lymphatischer Kinder zum Scharlach. Eine Rolle spielt die soziale Lage. Scharlach häufiger, wo Familien eng zusammengedrängt wohnen. 4. Epidemisches Auftreten. Scharlach erlischt nie, ist im allgemeinen endemisch, ab und zu schwere Epidemie mit gesteigerter Morbidität, Mortalität und Letalität. Dauer der Epidemie meist mehrere Jahre. Beginn bei uns Herbst. Gründe: Einschleppung vom Feriensaufenthalt, Einschulung, Fehlen des Sonnenlichtes usw. Ursache der Verschiedenheit des Verhaltens nicht bekannt. Therapeutisch stehen wir dem Scharlach ziemlich hilflos gegenüber. Vorschlag, daß die über den Scharlach zusammengestellten Zahlen und Berichte besser als bisher verwertet und brauchbar für die Seuchenverhütung gemacht werden.

E. Langer-Berlin.

Über Saponinhämolyse bei Scharlach, von Fr. Tebbe-Düsseldorf. (Arch. f. Kindhlk., Bd. 71, H. 1, S. 40—53.) Die roten Blutkörperchen von Scharlachkranken

Digitized by Google

zeigen keine Resistenzverminderung. Die Schutzkraft des Scharlachserums ist verringert entsprechend der Senkung des Cholesterinspiegels im Blute. Die Resistenz der Blutkörperchen und die Schutzkraft des Serums sind unabhängig vom Scharlach-Ikterus und von der Höhe des Fiebers. Im Vergleich zu den Seren anderer Erkrankungen außer bei Masern ist die Schutzkraft des Scharlachserums vermindert. Die Widerstandskraft der roten Blutkörperchen zeigt keinen Unterschied zwischen einzelnen Erkrankungen.

F. Harry-Berlin.

Über Purpura fulminans in der Genesung vom Scharlach (Purpura Fulminans during Convalescence from Scarlet Fever), von Guthrie Mc Connell und Harry L. Weaver-Cleveland. (J. Am. m. Ass., 1922, Nr. 3, S. 165—168.) Der Aufsatz enthält einen eingehend beschriebenen Fall von Purpura fulminans nach Scharlach nebst Sektionsbericht. Ein sechsjähriges Mädchen erkrankte 14 Tage nach dem Scharlachbeginn an Purpuraerscheinungen an den verschiedensten Hautstellen nebst Fieber bis 40° und stirbt vier Tage später. Pathologisch-anatomisch handelte es sich außer Hautekchymosen um Blutungen in Blase, Darm und Gehirn. Die mikroskopische Untersuchung der erkrankten Hautstellen zeigte keine Gangrän, sondern interstitielle Blutungen als Folge infektiöser Thrombose. Der Verf. weist auf die große Seltenheit der Purpura-fulminans-Fälle nach Scharlach hin. Nach oberflächlicher Durchsicht der Literatur der letzten zwanzig Jahre hat er etwa 50 Fälle von Purpura haemorrhagica und fulminans im Anschluß an den so weitverbreiteten Scharlach gefunden.

F. Quassig-Hamburg.

Untersuchungen bei Scharlachkranken, von E. Fränkel-Berlin. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1922, H. 5, S. 140.) Eingehende Beobachtungen an dem großen Scharlachmaterial der letzten Jahre im Rudolf-Virchow-Krankenhaus Berlin.

F. Hirsch-Ulm.

Über eine Komplikation des Scharlachs (Su una rara complicanza della scarlattina), von Medi. (Il Policl., 1922, Nr. 3). Fall von beiderseitiger Anschwellung des Hodens und Nebenhodens mit Abszeßbildung bei einem scharlachkranken Kinde.

E. Freund-Triest.

Wundscharlach durch Daumenlutschen, von Reinhold Bloch-Koblenz. (M. m. W., 1921, Nr. 52, S. 1679.) Ausgang von der Wunde. Ausbreitung über den ganzen Körper, Mandel- und Submaxillardrüsenanschwellung, typische Abschuppung.

A. v. Notthafft-München.

Über die Verbreitung des Scharlachs in der Stadt Zürich in den Jahren 1912—1919, von Hans Rothpelz, Hygiene-Institut der Universität Zürich. (Schweiz. m. W., 1922, Nr. 6.) Nach Feststellung der Tatsache, daß Scharlach nicht zu den Krankheiten gehört, die wie Typhus in den letzten Jahrzehnten konstant abgenommen haben, daß vielmehr Schwankungen der Morbidität und Mortalität zu beobachten sind, wird eine eingehende statistische Durcharbeitung der Scharlachkontrollbücher der Stadt Zürich gegeben. Wesentliche Differenzen der Erkrankungsfälle in den einzelnen Monaten waren nicht zu bemerken, das weibliche Geschlecht weist etwas mehr Erkrankungen auf; es handelt sich um eine ausgesprochene Erkrankung des Kindesalters, unter einem Jahre ist sie selten, am stärksten ist das fünfte Lebensjahr befallen, große Unterschiede zwischen dem vorschulpflichtigen und dem schulpflichtigen Alter bestehen nicht, nach dem 14. Jahre hat die Krankheit keine große Bedeutung mehr. Aus der Feststellung der Zahl der Scharlachfälle in den einzelnen Schulklassen ergab sich, daß keine ausgesprochenen Schulepidemien vorlagen; in Zeiten, wo Scharlach nicht epidemisch auftritt, ist die Gefahr der Ansteckung in der Schule nicht groß. Auch innerhalb von Haus und Wohnung bleibt Scharlach fast ausschließlich auf Einzelfälle beschränkt, von Scharlachnestern, die immer wieder Anlaß zu Epidemien geben, kann nicht die Rede sein. Ebensowenig konnte eine ausgesprochene familiäre Disposition festgestellt werden.

E. Levin-Berlin.

Fieberhaftes Exanthem von ungewöhnlichem Verlauf im Säuglings- und frühen Kindesalter (An Eruptive Fever of Unusual Characteristics in Infancy and Early Childhood), von David J. Levy-Detroit. (J. Am. m. Ass., Bd. 77, Nr. 23, S. 1785 bis 1787.) Es handelt sich um gehäuft aufgetretene Erkrankungen von Kindern vom 8. bis 30. Monat, charakterisiert durch eine akut einsetzende hoch fieberhafte Periode, auf die am dritten bis vierten Tage die Temperatur kritisch zur Norm abfällt. In den ersten Stunden der postfebrilen Periode tritt ein makulöses Exanthem auf. Die Flecken sind flach, rund oder unregelmäßig, 1—3 mm groß, nicht juckend, nicht konfluierend, auf Druck verschwindend. Am stärksten befallen ist der Rumpf, besonders der Rücken und Nacken, weniger der Kopf, noch weniger die Extremitäten. In zwei

Digitized by Google

Tagen verschwindet der Ausschlag ohne Schuppung. Weder der Magen-Darmtraktus noch die Respirationsorgane sind beteiligt. Rachen und Tonsillen waren meist leicht gerötet; keine Angina. Das Blutbild zeigte eine leichte Leukopenie, sonst völlig der Norm entsprechend. Urin ohne Befund. Obwohl die Erkrankung nach allem den Eindruck einer Infektionskrankheit macht, konnte eine direkte Übertragung in keinem Falle nachgewiesen werden. Von den in Betracht kommenden Krankheiten (Scharlach, Masern, Röteln und vierte Krankheit) besteht noch die größte Ähnlichkeit mit Röteln. Aber die Begrenzung auf das frühe Kindesalter, die lange Fieberperiode, die Krisis, das Fehlen des Konfluierens beim Exanthem, das Fehlen der Schuppung und die geringe Übertragbarkeit scheinen dafür zu sprechen, daß wir es hier mit einem selbständigen Krankheitsbild zu tun haben. Ein Arzneiexanthem (30 Fälle) ist auszuschließen.

A. de Lemos-Hamburg.

Ein febriles, im frühen Kindesalter auftretendes Exanthem. Exanthema subitum (A Febrile Exanthem Occurring in Childhood), von Borden S. Veeder-St. Louis. (J. Am. m. Ass., Bd. 77, Nr. 23, S. 1787—1789.) Weitere sieben Fälle des in der Arbeit von Levy beschriebenen Fieberexanthems mit Angaben über die Blutbilder. Die Blutkulturen waren steril. Widal negativ. Das Blutbild zeigt Leukopenie (bis etwa 3000) bei relativer Lymphozytose, übereinstimmend bei allen Fällen. Einer der Patienten zeigte eine Abweichung von den sonst völlig übereinstimmenden Symptomen insofern, als er älter war (10 Jahre). Der Verlauf war in allen Fällen der gleiche, auch die Rekonvaleszenz verlief ohne Zwischenfälle. Verf. schlägt für diesen Symptomenkomplex den Namen „Exanthema subitum" vor.

A. de Lemos-Hamburg.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Zur Erforschung der Sexualentwicklung des Kindes hat sich das Institut für Sexualwissenschaft in Berlin und das Institut für experimentelle Pädagogik und Psychologie, Abteilung des Leipziger Lehrervereins, zu einer Arbeitsgemeinschaft vereinigt. Es soll mit Hilfe medizinischer und psychologischer Methoden das Problem der kindlichen Sexualität bearbeitet werden. Einsendungen erbeten an das Institut für experimentelle Pädagogik und Psychologie in Leipzig, Kramerstraße 4.

Die Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie wählte zu korrespondierenden Mitgliedern: A. Reyn und H. Boas-Kopenhagen, P. Lie-Bergen, Groen-Christiania, L. Moberg, K. Marcus und J. Schaumann-Stockholm, Lassueur-Lausanne, Chable-Neufchatel, Bukovský-Prag, A. Tréb-Brünn, Karwowski-Posen, Bernhardt, Kopytowski und v. Krzysztalowicz-Warschau, Lenartowicz und Walter-Krakau, Lesczynski und W. v. Lukasiewicz-Lemberg.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Prof. Heinrich J. Quincke in Frankfurt a. M., emeritierter Direktor der medizinischen Klinik in Kiel; von ihm stammt die Einführung der Lumbalpunktion und die erste Beschreibung des nach ihm benannten angioneurotischen Ödems;

Dr. Frederick Gillette Harris, Professor der Dermatologie an der Northwestern University in Chicago, am 2. Juli 1919;

Dr. Lasher Hart, Facharzt für Urologie in South Pasadena, Kalif.;

Dr. G. J. Teljer im Haag (Holland);

Dr. J. C. Ogilvie Will, konsultierender Chirurg für Urologie am Royal Infirmary zu Aberdeen;

Dr. Henry Horace Latimer, gewesener Professor der Dermatologie am Bennet Medical College in Chicago. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

5. August 1922 | Nr. 31 | Band 75

Aus der Universitäts-Hautklinik in Berlin (Direktor: Prof. Dr. G. Arndt).

Lichen-ruber-planus-Papeln auf kleinen Nävi.

Von

weiland Dr. Marie Kaufmann-Wolf, Assistentin der Klinik.

Mit 2 Abbildungen im Text.

Am 28. Mai 1920 wurden bei dem 32jähr. poliklinischen Pat. Otto W., Militäranwärter aus Lichtenberg, laut Kranken-Journal folgende anamnestische Angaben und nachstehender klinischer Befund erhoben: 1913 hat Pat. nach seiner Angabe sich eine syphilitische Infektion zugezogen, sonst war er stets gesund. Das Blut soll damals und jetzt bei einer Untersuchung nach Wassermann negativ reagiert haben. Sein jetziges Befinden ist, von einer starken Nervosität abgesehen, befriedigend.

Status praesens: Mittelgroßer, sehr nervöser Mann in mäßig gutem Ernährungszustande. Am ganzen Körper, auch im Gesicht des Pat. finden sich zahlreiche Pigmentflecken und einige gelblichbräunliche bis braunrote Nävi, welche nach der Angabe des Pat. anfallsweise jucken. Einzelne dieser Nävi sehen leicht glänzend aus und erinnern in gewisser Weise an Lichen-ruber-Papeln, besonders auch infolge einer weißlichen Streifung der Oberfläche. Sonst sind an der äußeren Hautdecke nirgends Zeichen von Lichen ruber planus auffindbar. An der Wangenschleimhaut dagegen, rechts hinten befindet sich ein unregelmäßig begrenzter Herd von etwa Markstückgröße, welcher zentral eine mehr rote, von Teleangiektasien durchzogene Partie besitzt. Die Randpartien dagegen weisen weißliche punkt-, strich- und kreisförmige zarte Linien auf. Keine Drüsenschwellung, abgesehen von einer kaum nennenswerten Vergrößerung der Inguinaldrüsen. Die klinische Diagnose lautete: Lichen ruber planus der Wangenschleimhaut, Lues latens, Pigmentflecken und Nävi. Bei einigen der beschriebenen Effloreszenzen, die die erwähnte weißliche Streifung der Oberfläche besaßen, konnte rein klinisch keine sichere Diagnose gestellt werden. Teils war man der Meinung, es handele sich um einen gewöhnlichen Nävus, teils um eine Lichenpapel. Um mit Hilfe der histologischen Untersuchung ein sicheres Urteil zu gewinnen, wurde eine derartige Effloreszenz exzidiert. Es war eine kleinlinsengroße, scharf begrenzte, flachkugelig erhabene, papelartige Effloreszenz von gelblichbräunlicher Farbe, mit leicht glänzender weißliche Streifung aufweisender Oberfläche. Sie saß an der rechten Seite über der Darmbeinschaufel. Da bei der histologischen Untersuchung sich zunächst ein schwer zu deutendes Bild darbot, wurde am 21. VI. 1920 eine 2. Exzision vorgenommen. Es wurde ein über stecknadelkopfgroßer, klinisch typischer Nävus in der Gegend des linken Schulterblattes gewählt. Derselbe war von rundlich ovaler Form, scharfer Begrenzung und gelblichbräunlicher Farbe. Auch bei genauer Lupenbetrachtung ließ sich keine opaline Streifung bei der zuerst exzidierten Effloreszenz erkennen.

Die histologische Untersuchung (Abb. 1) des durch die zweite Exzision gewonnenen Präparates bestätigte vollkommen die klinische Diagnose: Nävus. Es wurde eine Serie von etwa 80 Schnitten angefertigt. Zur Färbung wurden die üblichen Methoden, Hämatoxylin-Eosin, Unna-Pappenheim, van Gieson, Elastikafärbung nach Weigert herangezogen. Bei makroskopischer bzw. Lupenbetrachtung läßt sich bereits klar erkennen, daß sich inmitten eines sonst völlig normalen Hautbezirkes — weder Epithel noch Subkutis weisen irgend welche sonstige pathologische Ver-

Digitized by Google

änderungen auf, und können folglich von einer weiteren Besprechung ausgeschaltet bleiben — ein über stecknadelkopfgroßer, von Epithel bedeckter, das Niveau der Haut überragender Herd befindet. Bei einfacher Kernfärbung (Hämatoxylin) erscheint er infolge seines Kernreichtums intensiv gefärbt. Das Kutisgewebe ist an der betreffenden Stelle durch das zellreiche Tumorgewebe ersetzt.

Die untere Begrenzung dieses Tumors verläuft annähernd horizontal. Die Form der oberen und seitlichen Begrenzung wechselt in den verschiedenen Schnitten beträchtlich. Bisweilen erscheint die zellige Einlagerung, als welche der Nävus sich darstellt, bandförmig, mit flacher oberer Begrenzung, bisweilen direkt dreieckig. Im ganzen genommen ist also, was eine Rekonstrution beweisen würde, der Tumor pyramidenförmig. Stets trennt ein mehr oder minder breiter, aber stets deutlich ausgesprochener bindegewebiger Streifen (eine Randzone) Tumor und Epithel. Nirgends reicht das Nävusgebiet ganz bis an das Epithel heran.

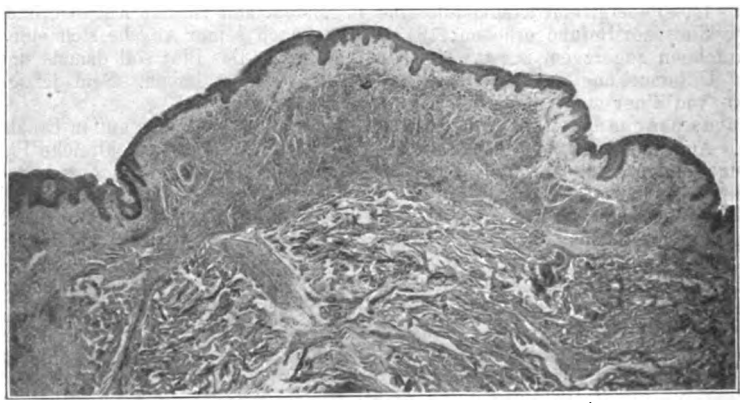


Abb. 1. Nävus.

Bei schwacher Vergrößerung erscheinen die Zellen im wesentlichen gleichartig, nur an einzelnen Stellen, speziell solchen, die dem Epithel nahe liegen, fallen größere, dunkler gefärbte Zellen, typische Nävusriesenzellen auf. Außerdem läßt sich in der Anordnung der Zellen, in der Lagerung der Zellen zueinander, besonders in dem oberen Teil des Tumors, eine Tendenz zur Säulen- und Nestbildung erkennen, während in dem unteren Teil eine mehr diffuse Infiltration vorliegt. Bei starker Vergrößerung erscheinen die Zellen als typische, ovale, epithelioide Nävuszellen mit großen, bläschenförmigen, ein oder zwei Nukleoli aufweisenden Kernen und schmalem Protoplasmasaum. Die großen dunklen Zellen sind, wie erwähnt, typische, mehrkernige Nävusriesenzellen. In der Randzone liegen vereinzelt Nävuszellen oder kleine Nester. Das mäßig stark pigmentierte Epithel unterscheidet sich nicht von dem normalen Epithel der angrenzenden Haut, ist daher ebenfalls als normal zu bezeichnen. Von einem Abtropfungsprozeß (Unna), der Entstehung also von Nävuszellen aus dem Epithel und einem allmählichen Hinabsinken derselben in die Kutis, ist

Digitized by Google

nichts wahrzunehmen. Wenn schon der beschriebene Nävus im großen und ganzen als durchaus typisch sowohl im Hinblick auf die ihn zusammensetzenden Zellen als auch auf die Gruppierung derselben zu bezeichnen ist, so bietet doch die Einfügung eines fast nävuszellenfreien, relativ breiten bindegewebigen Saumes ein nicht ganz gewöhnliches, wenn auch schon häufig gesehenes Verhalten dar, das zum Verständnis des zweiten Präparates wichtig ist. In diesem ist nämlich gerade diese Randzone der hauptsächlichste Sitz einer zweiten pathologischen Affektion geworden, die, gleichsam dem Nävus aufgepfropft, innerhalb dieser Zone sich entwickelt hat. Die makroskopische Betrachtung dieses mit Hämatoxylin-Eosin gefärbten Schnittes zeigt genau wie im ersten Präparat einen das Niveau der Haut etwas überragenden, über stecknadelkopfgroßen, ovalen,

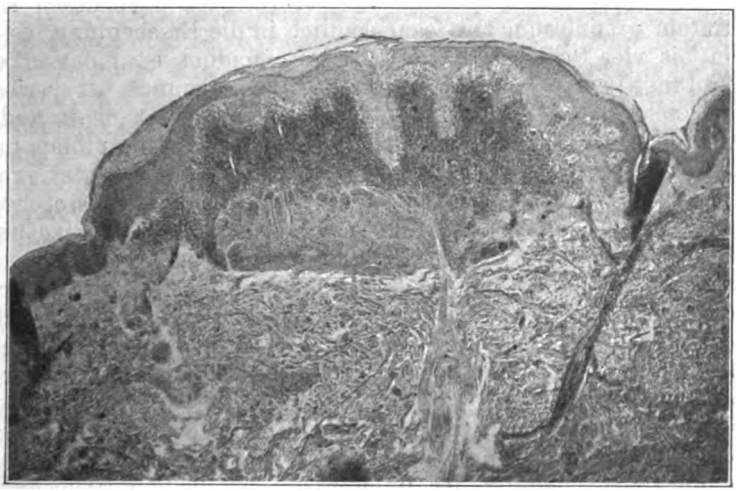


Abb. 2. Nävus und Lichen ruber planus.

intensiv gefärbten Tumor, der als kleines ovales Gebilde dem Epithel anliegt. Bei mikroskopischer Betrachtung erkennt man, daß die untere Hälfte des Tumors in bezug auf die Art und Anordnung der Zellen vollkommen mit dem beschriebenen Nävus übereinstimmt. Die Abb. 2 bestätigt das und läßt eine weitere Beschreibung, die ja nur einer Wiederholung gleichkäme, überflüssig erscheinen. Dieses Nävusbild ist aber kompliziert durch ein sich über dem Nävus befindendes Infiltrat und Epithelveränderungen. Das Infiltrat besteht überwiegend aus Zellen mit dichtem rundem Kern und schmalem Protoplasmasaum, typischen Lymphozyten. Polynukleäre Leukozyten sind in geringerer Zahl vorhanden, dagegen sieht man zahlreiche Fibroblasten und Mastzellen. Hier und da fallen (Färbung nach UNNA-PAPPENHEIM) relativ große Zellen mit tiefrotem Protoplasmaleib und rundem Kern auf. Der Kern liegt in manchen Exemplaren exzentrisch, vielfach aber auch zentral. Diese Zellen sind als atypische Plasmazellen zu bezeichnen. Die elastischen Fasern sind in der Nävushälfte erhalten, im Infiltrat dagegen zugrundegegangen.

Digitized by Google

Durch das Infiltrat hindurch ziehen einige erweiterte Kapillargefäße. Nicht bedeutungslos dürfte es sein, daß sich in manchen Schnitten kleine Pigmentschollen, die ja in älteren Lichenpapeln relativ häufig gefunden werden, vorhanden sind. Die untere Begrenzung des Infiltrates, die unmittelbar mit dem Nävus zusammenstößt, ist nicht geradlinig, aber doch im wesentlichen horizontal gerichtet. Die Dichte des Infiltrates ist ziemlich gleichmäßig, nur unmittelbar unter dem Epithel wird es lichter. Stellenweise greift das Infiltrat das Epithel bzw. mehr noch die Retezapfen an. Die Grenzen derselben erscheinen dann verwischt, allmählich findet eine gewisse Auflösung der Retezapfen statt. Mitten in dem Infiltrat liegt ein besonders stark ausgebildeter Retezapfen, durch den sich der Ausführungsgang einer Schweißdrüse hindurchschlängelt. Die Mündung dieses Ganges weist eine beträchtliche Verhornung auf, auch sonst besteht eine geringe Hyperkeratose des im ganzen verbreiterten ödematösen Epithels. Das Stratum granulosum tritt sehr deutlich in die Erscheinung, es besteht aus ein bis vier Schichten. Das Stratum lucidum ist nicht erkennbar. Das Stratum filamentosum ist ödematös, die Zeichnung ist verwaschen, die einzelnen Zellen erscheinen gequollen, vergrößert, matt und trübe gefärbt und starr. Die bereits erwähnten Reteleisten sind plump, unscharf in ihrer Begrenzung, sehr ödematös, von zahlreichen Leukozyten durchsetzt. Das Epithel selbst ist weniger stark von Leukozyten durchwandert als die Retezapfen. Die Basalzellenschicht ist teilweise infolge der Einwirkung des Infiltrates unregelmäßig und unscharf, an anderen Stellen wiederum tritt die Basalzellenschicht sehr deutlich hervor, die einzelnen Zellen sind zwar ödematös, aber doch mehr von ovaler Form und nicht quadratisch, wie häufig bei Lichen ruber planus, wenn der eigentliche Prozeß zum Stillstand gekommen und das Epithel sich wieder abgeschlossen hat.

Nachdem es gelungen war, den in Abb. 2 abgebildeten histologischen Befund in seine beiden Komponenten zu zerlegen, d. h. also die obere Hälfte unter Ausschaltung der unteren unzweifelhaften Nävuspartie gesondert ins Auge zu fassen, waren sofort alle diagnostischen Zweifel und Schwierigkeiten gehoben. Form und Zusammensetzung des Infiltrates (Lymphozyten, Leukozyten, Fibroblasten, Mastzellen und atypische Plasmazellen, Schwund der elastischen Fasern, fernerhin Pigmentschollen), sein Verhalten gegenüber dem Epithel bzw. den Reteleisten (Eindringen, Annagen und teilweises Auflösen der Reteleisten bzw. der unteren Epithelschicht), die typischen Veränderungen des Epithels selbst (Hyperkeratose, Granulose, Akanthose, Ödem) lassen keine andere diagnostische Deutung zu. Berücksichtigt man weiterhin den klinischen Befund, Lichen ruber der Wangenschleimhaut, ferner die für den kleinen Tumor selbst schon klinisch in Erwägung gezogene Differentialdiagnose Lichen ruber oder Nävus, erstere Diagnose besonders mit Rücksicht auf die opaline Streifung, außerdem die anamnestische Angabe, anfallsweises Jucken, so dürfte die Diagnose nach jener Richtung hin gesichert erscheinen und eine differentialdiagnostische Besprechung überflüssig erscheinen lassen.

Worin liegt nun der Wert der hier mitgeteilten Beobachtung? Zunächst scheint in der ganzen Literatur, soweit ich mich über diese Frage orientieren konnte, kein analoger Befund: flacher Lichen ruber planus

Digitized by Google

auf einem Nävus vorzuliegen. Weiterhin scheint diese Beobachtung noch nach zwei Richtungen hin zu gewissen Betrachtungen Anlaß zu bieten, und zwar hinsichtlich der Genese des Nävus und der des Lichen ruber planus.

Es finden sich bei einem Individuum an entfernt liegenden Körperteilen Nävi, die einen völlig übereinstimmenden, von der Norm ein wenig abweichenden, wenn auch schon häufiger beobachteten Bau aufweisen. Die Besonderheit liegt in einer relativ stark ausgeprägten bindegewebigen Zone zwischen Nävuszelle und Epithel. Die Übereinstimmung des Baues mehrerer Nävi läßt möglicherweise darauf schließen, daß diese Bildungsanomalien gleichzeitig entstanden sind. Vielleicht könnte eine systematische Auswahl und Untersuchung stets mehrerer Nävi von ein und demselben Individuum unter besonderer Berücksichtigung früh und spät entstandener Nävi weitere Aufschlüsse über den Zeitpunkt der Entstehung und über die Entwicklung der Nävi geben.

Die besondere Art der beschriebenen Nävi dieses Individuums läßt z. B. vermuten, daß der „Abtropfungsprozeß", falls die Nävuszellen aus dem Deckepithel „abgetropft" sind, sehr frühzeitig zum Abschluß gekommen sein muß.

Hinsichtlich der Pathogenese des Lichen ruber planus regt die Beobachtung auch zu gewissen Betrachtungen an. Hält man den Lichen ruber planus für eine Infektionskrankheit, wofür bekanntermaßen ja mancherlei spricht, so käme hier mehr eine endogene als eine ektogene Infektion in Frage. Die Nävi bilden loci minoris resistentiae, das Epithel derselben ist intakt. Es ist schwer vorstellbar, daß an verschiedenen Körperstellen die Nävi einem ektogenen Kontagion zur Eintrittspforte gedient haben sollen. Leichter läßt sich denken, daß die Nävuszellen einer im Körper befindlichen Noxe als Ansiedlungsstätte gedient haben.

Auf diese Probleme sei nur kurz hingewiesen. Dieser kasuistische Beitrag gestattet keineswegs weitgehende Schlüsse, aber eingereiht in eine größere Sammlung von Material gewinnen bisweilen gerade außergewöhnliche, an und für sich nicht sehr wichtige Beobachtungen besondere Bedeutung.

Aus der Dermatologischen Universitätsklinik in Innsbruck
(Vorstand: Prof. Dr. LUDWIG MERK).

Über einen Fall von Fliegenmaden im Kopfhaar.

Von

Dr. FRIEDRICH FRITZ, Assistent der Klinik.

In Nr. 16 der M. m. W. vom Jahre 1919 berichtet GOEHL unter dem Titel „Fliegenmaden auf der Kopfhaut (Myiasis dermatosa muscosa capitis)" über einen solchen Fall aus der Bonner Poliklinik. Die Verf. führt an, daß wohl das Vorkommen von Fliegenmaden in Wunden und Körperhöhlen, die mit der Haut in Verbindung stehen, ziemlich häufig beobachtet werde, während die ganz oberflächliche Myiasis externa derma-

Digitized by Google

tosa zu den größten Seltenheiten zu gehören scheine. Bei genauer Durchsicht der Literatur fand sie nur zwei ähnliche Fälle von BALZER-SCHIMPF („Contribution à l'étude des Dermatoses vermineuses superficielles" in den „Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie", 3, 1902, S. 792) und einen von HENNEBERG (B. m. Ges., 18. II. 1903, der in dem Werke von MAX BRAUN „Die tierischen Parasiten des Menschen", S. 599, erwähnt wird).

Der GOEHL'sche Fall wurde bei einer 20jährigen Patientin mit hochgradiger Pediculosis capitis beobachtet, bei der sich nach Auseinanderziehen der weichselzopfartig verklebten, unentwirrbaren Haare ein Gewimmel von gelblich-weißen Maden von 6—12 mm Länge auf der Kopfhaut vorfand. Die Kopfhaut war bis auf einige unbedeutende Erosionen, in die sich manche Maden mit dem Kopfende etwas eingebohrt hatten, unversehrt. Die Hals- und Nackenlymphdrüsen waren mäßig geschwollen. Die Weiterzüchtung der Maden an einer toten Maus ergab, daß es sich um Maden einer Schmeißfliege oder Muscide, und zwar der Calliphora erythrocephala (Meigen) gehandelt hatte.

Am 21. Juli 1919 wurde eine hochgradig verlauste und gänzlich verwahrloste Frauensperson in unsere Klinik aufgenommen. Aus der Vorgeschichte:

L. Marie, 43 Jahre alt, Vagantin. Pat. ist schon wochenlang obdachlos und hat immer im Freien oder in Ställen übernachtet. Krank war sie angeblich niemals. Die Untersuchung ergab: 155 cm große kräftige Frauensperson. Das dichte schwarze Kopfhaar ist zu einem unlösbaren Knäuel verfilzt, mit hunderten von Kopfläusen und einer Unmenge von Nissen bedeckt. Es ist auffallend durchfeuchtet und riecht stark nach Stalljauche. Mit Einwilligung der Pat. wird nun das Kopfhaar abgeschnitten. Dabei finden sich, hauptsächlich im Innern des „dampfenden" Knäuels, zum Teil auch auf der Kopfhaut, zahllose gelblich-weiße Maden von $^1/_2$—1 cm Länge, die sich lebhaft bewegen. Die Kopfhaut selbst zeigt an einigen Stellen bis kleinkirschgroße, stärker gerötete Infiltrate, die aber auf Druck nichts entleeren. An der Nackenhaargrenze und am ganzen Nacken mit impetiginösen Borken bedeckte Ekzemherde. Hals- und Nackenlymphdrüsen mäßig vergrößert. Nach Entfernung der mit Stalljauche durchtränkten Kleider sieht man auf der stark pigmentierten Rückenhaut zahlreiche frische strichförmige Kratzeffekte nebst zahllosen dunkeln und lichten Narben. Im Hemde der Pat. finden sich dementsprechend in den Falten auch eine Menge Kleiderläuse. Die Untersuchung der Scham- und Achselhaare und der Haare an den Beinen ergibt reichlich Filzläuse und Nissen, außerdem eine größere Anzahl von Maculae caeruleae in der Unterbauch- und Kreuzbeingegend. Zwischen den Fingern, an den Handgelenksbeugen, den Ellenbogen, den vorderen Achselfalten, den Brüsten, den Gesäßbacken, den Kniebeugen und in der Nabelgegend zahllose, zum Teil zerkratzte Skabieseffloreszenzen und Milbengänge. Die Haut ist an vielen Stellen ekzematös verändert, von Narben durchsetzt, stark pigmentiert. Leistendrüsen etwas vergrößert. Lungen, Herz- und Nervenbefund ohne Besonderheiten. Die Untersuchung des äußeren und inneren Genitales ergibt nichts Besonderes. Im Urethral- und Zervikalsekret keine Gonokokken. Harn klar, frei von Eiweiß und Zucker.

Aus dem Verlaufe: Pat. wird wegen der Skabies der französischen Schnellkur unterzogen und erhält gegen die Phthirii graue Salbe. Das Ekzem wird mit Zinkpaste, die Kopfhaut mit Umschlägen von 1%iger essigsaurer Tonerdelösung behandelt. Am 27. VII. werden einige Infiltrate der Kopfhaut eröffnet. Es entleert sich reichlich Eiter, dessen mikroskopische Untersuchung nichts Besonderes ergibt. Am 2. VIII. sind die ekzematösen Erscheinungen fast abgeheilt. Es werden täglich einige kleine Furunkel der Kopfhaut eröffnet, die dann rasch abheilen. Am 10. VIII. sind die Furunkel bis auf wenige Reste geschwunden. Am 18. VIII. kann Pat. geheilt entlassen werden.

Eine Weiterzüchtung der vorgefundenen Maden wurde nicht vorgenommen. Da nach GOEHL die Myiasis durch Schmeißfliegen (Musciden)

Digitized by Google

und Biesfliegen (Oestriden) verursacht wird, von denen hauptsächlich nur die ersteren in unseren Gegenden für die durch Fliegenmaden verursachten Erkrankungen in Betracht kommen, dürfte es sich auch im vorliegenden Falle mit großer Wahrscheinlichkeit um eine durch Schmeißfliegen bedingte Myiasis externa dermatosa muscosa capitis gehandelt haben. Die Erkrankung dürfte so zustandegekommen sein, daß das Kopfhaar der Pat. in den Ställen mit Jauche in Berührung kam und daß die durch den Geruch angezogenen Fliegen ihre Eier in den Haarknäuel legten.

Aus der Abteilung für geschlechtskranke Frauen des Kaiser-Franz-Josef-Spitals in Wien (Prov. Leiter: Doz. Dr. R. O. Stein).

Der Anteil des Quecksilbers an der Wirkung der Linser-Mischung.

Von

Dr. Robert Brandt, prov. Assistent.

Linser hat seine einzeitig kombinierte Neosalvarsan-Hg-Therapie nur zur größeren Bequemlichkeit des Patienten und des Arztes eingeführt. Aber da doch offenkundig eine weitgehende Veränderung der beiden Komponenten Neosalvarsan und Hg-Präparat eintrat, ob man nun Sublimat oder nach den Angaben Brucks Novasurol verwendete, andererseits aber überaus befriedigende Resultate gemeldet wurden, ging das Bestreben dahin, die Linser-Therapie als eine Methode von besonderer neuartiger Wirkung aufzufassen und die Bedingungen hierfür zu suchen. Zuerst wurde von Bülow und Schmitz[1]) der Niederschlag chemisch geprüft. Sie geben als Resultat an, daß eine organische Hg-Verbindung entstehe, die in ständiger weiterer Veränderung begriffen sei. Rothman[2]) kam zu dem Ergebnis, daß durch Neosalvarsan das Sublimat zu Kalomel und weiter zu metallischem Hg (also einer nicht mehr weiter veränderten chemischen Form) reduziert werde, welch letzteres in kolloidaler Form (mit Neosalvarsan als Schutzkolloid) suspendiert bleibt und wahrscheinlich als Kolloid besonders wirksam sei.

Mit Novasurol sind die Prozesse (wie schon aus der gegenüber dem Neosalvarsan-Sublimatgemisch geänderten Farbennuance hervorgeht) nicht die gleichen, aber im wesentlichen der Reduktion des Hg-Salzes zu kolloidem Hg wohl kaum sehr verschieden. Das Novasurol wurde von Bruck verwendet, um mehr Hg im Gemisch zu liefern, da man wegen der befürchteten Venenthrombosen eine Steigerung der $HgCl_2$-Menge nicht wagte. Nun kommt aber das Sublimat nicht als solches zur Wirkung, macht daher auch keine Thrombosen, so daß Linser selbst, wie ich einer mündlichen Mitteilung Herrn Dr. Fischers verdanke, zu 0,05 und selbst 0,1 g pro Injektion übergegangen ist. Wahrscheinlich ist auch das metallische Quecksilber die wirksame Substanz. Daher

[1]) M. m. W., 1919, S. 1099. — [2]) D. m. W., 1921, Nr. 3, S. 47.

Digitized by Google

ist die Verwendung des teuren Novasurols zur Linser-Mischung so lange nicht gerechtfertigt, als nicht Grund für die Annahme vorliegt, daß es mehr als ein Ausgangsmaterial für das Endprodukt darstellt und einen besonderen Einfluß auf das entstehende Gemisch hat.

Kolle[1]) versuchte auf andere Weise, dem Problem näherzukommen. Im Zusammenhang mit seinen Arbeiten über die Aktivierung des Salvarsans durch Schwermetalle forschte er, ob nicht auch hier eine solche Aktivierung durch Hg erfolge. Damit würde die Tatsache übereinstimmen, daß die ursprünglich verwendeten Hg-Mengen unter den bei kombinierten Kuren gewöhnlich verabreichten lagen und daß trotzdem gute Wirkungen auf Erscheinungen und WR gemeldet wurden. Mras hat an unserer Abteilung und an der Heilanstalt Klosterneuburg bei Wien eine größere Anzahl von Patientinnen mit Linser-Mischung (Sublimat und Novasurol) behandelt, und seine Resultate, die er später veröffentlichen wird und die mir bekannt sind, erscheinen in bezug auf die beiden angegebenen Punkte durchaus günstig. Aber Kolle fand im Tierversuch für das Neosalvarsan-Sublimatgemisch einen ungünstigen therapeutischen Index (einen besseren allerdings für Neosalvarsan-Novasurol), und zwar nicht so sehr in bezug auf symptomatische als in bezug auf Dauerwirkung.

Doch können bei einem Luesmittel, das am Menschen bereits geprüft wurde, Tierversuche nicht recht weiter helfen und wir müssen uns an das halten, was klinisch beobachtet wird. Der therapeutische Index, soweit es sich um die einzelne Kur handelt, scheint günstig. Aber man vergißt bei jedem neuen Syphilismittel (z. B. den verschiedensten Hg-Präparaten) leicht, daß wir mit den bisherigen Mitteln doch auch bereits sehr viel erreichen. Die Einführung einer neuen Therapie hat nur dann Sinn, wenn es in der Anwendung, was den Preis, die Verträglichkeit, die bequeme Verabreichung oder die symptomatische Wirkung betrifft, deutliche Vorzüge bietet, oder wenn es, was ja der wesentliche Gesichtspunkt ist, in bezug auf die endgültige Heilung besondere Chancen bietet. Es muß also entweder an einem Punkt angreifen, der bis dahin der Behandlung unzugänglich war (z. B. direkte ätiotrope Wirkung) oder von begründeten theoretischen Anschauungen aus neue Wege gehen (z. B. Fiebertherapie, Miriontherapie). Auch diese Erprobungen können zu einem Mißerfolg führen, aber sie sind gerechtfertigt, wenn sie von vornherein lohnend erscheinen. Denn jede neue Behandlung bedeutet unendliche Zeit und Mühe, Hinausschieben der Endbeurteilung auf Jahre und (was das Schwerwiegendste ist) wenigstens vorübergehende Verwirrung der ohnehin ungewissen Therapie. Bevor man die Linser-Mischung einer wirklich eingehenden Prüfung unterwirft (und nur eine solche ist erlaubt), muß man ihre Grundlagen untersuchen. Dann wird sich entweder herausstellen, daß wirklich eine neue Therapie eingeführt ist, und es wird zu erwägen sein, ob die Aussichten für diesen Weg günstig sind, oder es wird möglich sein, die Methode auf eine bereits geübte, also hier die gewöhnliche kombinierte Behandlung (wie es nicht anders Linser vorschwebte), zurückzuführen,

[1]) Deutsch. Derm. Kongreß, Hamburg 1921, D. m. W., 1922, Nr. 31.

Digitized by Google

so daß nur mehr leichter beurteilbare Nebenumstände zum Vergleich heranzuziehen sind.

Die chemische Untersuchung allein genügt nicht. Auch eine klinische Prüfung der Komponenten ist nötig. Die Neosalvarsanwirkung ist hinlänglich bekannt; nun war zu prüfen, was das Hg allein leistet, und zwar nicht irgend ein intravenös verabreichtes Präparat, sondern dieses durch Reduktion mittels Neosalvarsan entstandene kolloide Quecksilber.

Wenn man, wie es Rothman getan hat, Sublimat mit Neosalvarsan versetzt, so entsteht bei geringen Neosalvarsanmengen ein weißer Niederschlag von Kalomel. Dabei ist die darüber stehende klare, kaum merkbar gelbliche Flüssigkeit schon bei Mengenverhältnissen, bei denen die Reduktion nicht weiter als bis zum Kalomel geht, bei der Prüfung mit $(NH_4)_2S$ frei von Hg. Bei steigender Neosalvarsanmenge entsteht ein Ausfall von immer reiner grau-schwarzem Hg, der sich aber rasch senkt, und erst bei weiterem Ansteigen der Neosalvarsanmenge bleibt das Hg auch suspendiert. Die Fällungsgrenze ist nach oben gerade überschritten, wenn man in 0,075 Neosalvarsan (gelöst in 3 ccm Wasser) 5 ccm 1%ige Sublimatlösung aufzieht. Wenn man die Mischung umgekehrt vornimmt, so daß während der Bereitung das Hg zu sehr überwiegt, ist die Reduktion unvollständig und das Gemisch schmutzig weißlich-grau. Wenn das Neosalvarsan auch nur ein wenig unter der angegebenen Menge bleibt, fehlt der als Schutzkolloid nötige Überschuß und das entstandene Hg beginnt rasch auszufallen. Die ganze Mischung bekommt ein schwammiges, dem Platinmoor ähnliches Aussehen.

Mit dieser Mischung habe ich Kuren unternommen, und zwar zwei Injektionen wöchentlich gegeben. Dadurch waren wir von der Kur mit ½ ccm einer 10%igen Hg-salicyl.-Emulsion, die in früheren Jahren an der Klinik Finger geübt wurde, nicht zu weit entfernt und der Vergleich war erleichtert. Die einzelne Injektion enthält 0,035 g Hg gegen 0,029 bei der halben Hg-salicyl.-Injektion, eine Differenz, die nicht so sehr in Betracht kommt, da man wegen der rascheren Ausscheidung der intravenös einverleibten Medikamente ohnedies nicht vergleichen kann, wie viel Hg bei den Präparaten tatsächlich zur Wirkung kommt. Ich habe die Verabreichung von 20 Injektionen angestrebt, das heißt 1,0 g $HgCl_2 = 0{,}7$ Hg. Die Neosalvarsanmenge kommt dabei nicht in Betracht. Es wurde gefunden, daß Einzeldosen unter 0,10 wirkungslos bleiben. Die Gesamtmenge dieses in so verzettelten Dosen verabreichten Neosalvarsans beträgt aber höchstens 1,5 g und davon ist ja ein großer Teil bei der Reduktion verbraucht. Denn während die Mischung der angegebenen und kleinerer Neosalvarsanmengen mit H_2O auch nach längerem Stehenlassen noch deutliche Gelbfärbung erkennen läßt, ist die Flüssigkeit nach dem Absetzen des Hg-Niederschlages fast entfärbt und erst, wenn eben ein Überschuß vorhanden ist, der sich durch seine Wirkung als Schutzkolloid kundgibt, ist nach dem Absetzen, das im Verlauf von Stunden doch erfolgt, die überstehende Flüssigkeit deutlich gefärbt. Von dem verwendeten Neosalvarsan kommt also nur ein Teil zur Wirkung. Dabei wurden die uns interessierenden Einwirkungen schon nach einer viel geringeren Zahl von Injektionen gefunden. Schließlich

Digitized by Google

wird sich zeigen, daß die erzielten Resultate nicht für Salvarsanwirkung sprechen.

Andererseits ist aber schon bei Reduktion mit sehr kleinen Neosalvarsandosen das Sublimat völlig verbraucht. Da nun auch das Aussehen unserer Mischung (von dem gelb-grünen Ton, der mit zunehmender Neosalvarsanmenge immer stärker zur Geltung kommt, abgesehen) dem der gewöhnlichen Linser-Injektion gleicht, können wir annehmen, daß wir den Hg-Bestandteil der Art nach, in der er bei der Linser-Therapie zur Geltung kommt, in einer für klinische Zwecke genügenden Reinheit isoliert haben.

Wir haben nicht mehr als 11 Fälle für diese Therapie eingestellt, und zwar 7 mit Erscheinungen, 4 mit seropositiver Lues latens. Es kam nur darauf an festzustellen, ob überhaupt eine wohlcharakterisierte Wirkung eintritt. Die Krankengeschichten seien kurz wiedergegeben. Die Altersangabe bezieht sich auf die letzte Kur.

Fall 1. M. H., 24 Jahre alt. April 1920 echte Abortivkur. Liquor vor und nach der Kur: Geringe Globulin- und Goldsolspuren. Kur: 3,05 Silbersalvarsan. Dezember 1920: Serum-WR negativ. Liquor unverändert. Dezember 1921: Hypertrophische Genitalpapeln. Serum-WR positiv. Liquor unverändert. Nach 1 Injektion beginnende Epithelisierung der Papeln, nach 3 Injektionen Epithelisierung vollendet, Papeln teilweise eingetrocknet. In den sukkulenten Papeln noch Spirochäten in wechselnder Zahl und Beweglichkeit dauernd nachzuweisen. Windungen im allgemeinen etwas flacher und weniger regelmäßig, der Leib als Ganzes weniger starr, die Bewegungen typisch aber langsamer, häufig Ruckbewegungen. Reichlich Kreisformen, wie sie auch Margarete Strejskal[1]) nach Hg-Injektionen findet. Dazwischen tagweise immer reichlich Pallidae, typisch und lebhaft und beweglich. Nach 4 Injektionen Papeln organisiert, Spirochäten dauernd verschwunden. Wegen Enteritis und immer wiederholter Stomatitis nach 8 Injektionen (0,60 Neosalvarsan + 0,40 $HgCl_2$) Fortsetzung mit Neosalvarsan. WR bleibt positiv.

Fall 2. M. Schm., 23 Jahre alt. Januar 1919 angeblich Lues latens, 20/2 Hg salicyl. November 1921: Papulae sclerosiformes Nr. 2, Spirochäten sehr spärlich. Serum-WR unsicheres Resultat (Differenz gegenüber Meinicke). Wiederholung nach der 1 Injektion: Spur schwach. Liquor negativ. 4 Tage nach der 3. Injektion Papeln epithelisiert. Nach 1 Injektion Spirochäten verschwunden, nach der 2. Injektion WR negativ. Einmal wegen Durchfall ausgesetzt. Nach 6 Injektionen (0,45 Neosalvarsan + 0,30 Sublimat) Fortsetzung der Kur mit Neosalvarsan. Nach der 2. Neosalvarsaninjektion 0,3 Serum-WR schwach, dann dauernd negativ. Nach insgesamt 2,85 g reinen Neosalvarsans kurzdauerndes Erythem mit Schuppung.

Fall 3. A. B., 27 Jahre alt. November 1920: Makulöses Exanthem. Serum-WR positiv, bei Kurende negativ. Kur: 1,4 g Silbersalvarsan und 1,5 Neosalvarsan + 4 ccm Novasurol als Linser-Mischung. Letzte WR fragliche Spuren (Pat. war bereits entlassen). Dezember 1921: Orbikuliertes makulöses Exanthem, erodierte Genitalpapeln. Spirochäten spärlich. 3 Tage nach der 1. Injektion Exanthem verschwunden, Papeln eingetrocknet, Reizserum nicht zu erzielen. Nach der 2. Injektion beginnt die WR Beeinflussung zu zeigen. Papeln verschwinden bis auf Pigmentationen. Nach der 7. Injektion WR negativ. Wegen Stomatitis nach 7 Injektionen (0,525 + 0,35) Pause, dann reines Neosalvarsan. Keine Provokation.

Fall 4. M. Sch., 22 Jahre alt. Januar 1921: Sklerose, 4 Neosalvarsan, 6 Hg (eigene Angaben). Juni 1921: Ambulatorisch eine hypertrophische, zweihellerstückgroße Papel am Perinäum. Serum-WR positiv. 1,2 g Neosalvarsan. Von der Behandlung ausgeblieben. Oktober 1921: Hypertrophische Papeln in den Analfalten. Spirochäten reichlich. Serum-WR positiv. Liquor: WR positiv, Globuline ++, Lymphozyten 280, Goldsol +++. Zuerst zweimal in viertägigem Intervall 0,15 Neosalvarsan + 0,05 $HgCl_2$ (hier wurde die Verträglichkeit der Mischung versucht), dann 0,075 + 0,05. Nach der 1. Injektion Papeln epithelisiert, nach der 3. verheilt. Noch 48 Stunden nach der

[1]) Derm. W., 1919, Nr. 41.

Digitized by Google

1. Injektion Spirochäten, dann (nach Pause wegen profuser Menses) kein Reizserum zu erhalten. Bis zur 8. Injektion Serum-WR positiv, dann Spuren, nach der 12. negativ, nach der 13. Spuren, nach der 15. Injektion negativ. Nach der 17. Injektion (1,425 Neosalvarsan + 0,85 Sublimat) wegen Stomatitis und Enteritis Abbrechen der Linser-Kur. Liquor: WR negativ, Globuline und Goldsol +, Lymphozyten 9. Fortsetzung mit Neosalvarsan. Nach der 1. Injektion à 0,3 Serum-WR Spur, MR schwach. Nach der 2. Injektion Serum-WR schwach, MR mittelstark. Ausgeblieben.

Fall 5. H. B., 28 Jahre alt. November 1921: Frisches makulo-papulöses Exanthem, Psoriasis plantaris, erodierte Genitalpapeln. In den Papeln am Stamm keine Spirochäten, am Genitale Spirochäten positiv. 3 Tage nach der 1. Injektion Höhepunkt einer starken Jarisch-Herxheimer-Reaktion. Nach der 3. Injektion die krustösen Papeln am Stamm eingetrocknet. Die Genitalpapeln kommen, da Pat. wegen Adnexbeschwerden bettlägerig ist, schon in starkem Rückgang (nach der 4. Injektion) zur Beobachtung. Nach der 7. Injektion alle Erscheinungen bis auf Reste verschwunden. Serum-WR nach der 5. Injektion noch positiv, nach der 7. negativ, nach der 11. Spuren, nach der 13. negativ (0,975 + 0,65). Liquor am Ende der Linser-Kur gänzlich negativ. Fortsetzung mit Neosalvarsan. Keine Provokation.

Fall 6. J. J., 39 Jahre alt. Oktober 1921 (1. Erkrankung): Hypertrophische Genitalpapeln. Spirochäten erst nach 10 Tagen spärlich. Serum-WR positiv. 1. Injektion 0,15 + 0,075, die anderen 0,075 + 0,05. $1^1/_2$ Stunden nach der um $^1/_2$9 Uhr früh erfolgten Injektion noch sehr spärliche Spirochäten, am Nachmittag keine mehr. Nach der 3. Injektion Papeln verheilt. Nach der 7. Injektion Serum-WR noch positiv, dann dauernd schwankend zwischen Spur, schwach und negativ. 18 Injektionen (1,425 + 0,90). Liquor vor und nach der Kur negativ.

Fall 7. J. P., 22 Jahre alt. Oktober 1921: Multiple Sklerosen am Genitale. Spirochäten reichlich, etwa 10 per Gesichtsfeld. Serum-WR positiv. Liquor: WR Spuren, Globulin negativ, Lymphozyten 7. 24 Stunden nach der 1. Injektion Sklerosen größtenteils epithelisiert, etwa eine Spirochäte per Gesichtsfeld, mit etwas gröberen, teilweise aufgehobenen Windungen, wenig beweglich. 4 Tage nach der 5. Injektion (Pat. war wegen Menses 5 Tage nicht auf dem Tisch) werden mehrere linsengroße, trockene, mit einem zentralen Krater versehene Papeln (nicht genau an den Stellen der inzwischen abgeheilten Sklerosen) beobachtet. Das leicht aus der zentralen Vertiefung zu erhaltende Quetschserum enthält neben reichlichen Refringentes typische Pallidae (2—3 per Gesichtsfeld). Die Beweglichkeit und Zahl der Pallidae wechselt tagweise, vorübergehend sind sie auch sehr reichlich und sehr beweglich, aber im ganzen bleibt der Befund noch nach der 14. Injektion (1,5 Neosalvarsan + 0,70 Sublimat) unverändert. Auch die Einreibung der Papeln durch eine Woche mit grauer Salbe hat nur geringe Verkleinerung zur Folge; die Spirochäten sind sehr reichlich. Dagegen ist die WR seit der 7. Injektion (0,525 + 0,35) negativ. Die Wirkung intra-muskulärer Hg-Verabreichung wird nicht geprüft, um die Pat. nicht gar zu lange im Spital zu lassen. Die Kur wird daher mit Neosalvarsan fortgesetzt. Vor der 1. Injektion sehr spärliche gut bewegliche Pallidae, in einer 2. Papel nur Refringens. 20 Minuten nach der Injektion von 0,45 in der 1. Papel reichlich lebhafte Pallidae, in der 2. spärlich. Nach 24 Stunden Papeln in Rückbildung, keine Pallidae, reichlich Refringentes. Bei täglicher Untersuchung keine Pallidae mehr. Nach 2,1 reinen Neosalvarsan Papeln geheilt. WR bleibt negativ.

Fall 8. J. L., 22 Jahre alt. September 1920: Makulo-papulöses Exanthem. Serum-WR positiv. Liquor: WR fehlt, sonst negativ bis auf Goldsolspuren. Unter 4,05 Neosalvarsan und 90 ccm Mirion wird Serum-WR schwach. Mai 1921: Orbikuliertes makulöses Exanthem, Genitalpapeln, Leukoderm. Serum-WR positiv. Liquor: WR und Goldsol +++, Globuline +, 28 Zellen. Nach 2,4 g Neosalvarsan und 35 ccm Mirion ausgeblieben. Serum-WR schwach. November 1921: Serum-WR positiv. Liquor: Alle Reaktionen +, Lymphozyten 3. Akute Innenohraffektion rechts. Nach der 9. Injektion (0,675 + 0,45) Liquor: WR negativ, Globuline und Goldsol Spuren, 4 Zellen. Ohrbefund unverändert. Nach der 13. Injektion (0,975 und 0,65) WR zum ersten Male schwach. Von der weiteren Behandlung ausgeblieben.

Fall 9. M. M., 23 Jahre alt. Februar 1919: Sklerose. 4 Neosalvarsan, 20/2 Hg salicyl. November 1919: Genitalpapeln. 3 Neosalvarsan, 16/2 Hg salicyl. Stomatitis. (Bis hierher eigene Angaben der Pat.) Oktober 1920: Sklerosiforme Papeln am Genitale. Serum-WR positiv. Außerhalb bereits mit 3 Hg salicyl. behandelt. Fortsetzung der Kur mit Linser-Injektionen à 0,45 Neosalvarsan + 2 ccm Novasurol. Nach der 5. Injektion (2,25 + 2 ccm Novasurol) Papel völlig organisiert. Gleichzeitig Stoma-

Digitized by Google

titis; im Urin minimale Spuren Albumen (Sulfosalizylsäure). Novasurol wird fortgelassen. Nach 5 Tagen Stomatitis geheilt, kein Albumen. Nach 14 Tagen Fortsetzung der Linser-Kur (noch 4 Injektionen) ohne Störungen. Am Ende der Kur (5,95 Neosalvarsan, 17 ccm Novasurol) WR noch positiv, MR ++++. Oktober 1921: Serum-WR mittelstark. Liquor: WR spurschwach, sonst negativ, Lymphozyten 1. Eine Linser-Injektion 0,15 + 0,05 Sublimat, die anderen 0,075 + 0,05. Nach der 6. Injektion (0,525 + 0,3) Serum-WR Spuren, von da an schwankend zwischen Spur und schwach. Nach der 11. Injektion (0,9 + 0,55) Stomatitis ulcerosa mit Mundspirochäten vom Refringenstyp neben einem kariösen Zahn. Heilt ohne Aussetzen der Therapie unter Perhydrolpinselung. Nach 16 Injektionen Liquor: Alles negativ, Lymphozyten 2. Nach 19 Injektionen (1,5 + 0,95) mit Serum-WR schwach, MR ++. Entlassen.

Fall 10. J. Schw., 20 Jahre alt. Lues latens ohne Anamnese. Nach der 3. Injektion WR noch positiv, nach der 4. (0,3 + 0,2) negativ. Nach 8 Injektionen (0,6 + 0,4) Fortsetzung mit Neosalvarsan 0,3. Nach der 2. Injektion Serum-WR schwach. Pat. erscheint nicht weiter zur Behandlung.

Fall 11. St. M., 23 Jahre alt. Lues seit etwa 1914. März 1921: Lues latens. Liquor: Alles negativ, Lymphozyten 7. Unter Neosalvarsan 3,6 und 90 ccm Mirion bleibt WR positiv. Oktober 1921: Serum-WR positiv, Liquor negativ, Lymphozyten 2. Nach der 5. Injektion (0,375 + 0,25) leichte Ödeme an beiden Beinen. Albumen +. Fortsetzung der Kur mit Neosalvarsan. Nephritis in 5 Tagen abgeheilt. WR bleibt positiv.

Im ganzen sehen wir, von Fall 7 abgesehen, der in mehr als einer Hinsicht eine ganz besondere Ausnahme darstellt, eine sehr gute Einwirkung auf die luischen Erscheinungen. Die Zahl der Injektionen, die bis zum Verschwinden oder weitgehender Rückbildung der Erscheinungen nötig war, beträgt bei den hypertrophischen Papeln von Fall 1 vier, bei den sklerosiformen Papeln von Fall 2 drei, wobei zur besseren Beurteilung zu vergegenwärtigen ist, daß wir in jeder Injektion etwa 20% mehr Hg geben als mit $^1/_2$ ccm der 10%igen Hg-salicylicum-Injektion. Bei Fall 3 war nach 1 Injektion das Exanthem verschwunden, die Papeln eingetrocknet. Die hypertrophischen Papeln von Fall 4 waren nach 3 Injektionen verheilt. Die Patientin hat bei der 1. Injektion 0,15 Neosalvarsan statt 0,075 bekommen, aber da 1,2 g Neosalvarsan, die Patientin bei noch weniger ausgebreiteten Erscheinungen 4 Monate früher erhalten hatte, nicht genügend waren, den Prozeß aufzuhalten (und nach Angabe der Patientin auch nicht zu einem vorübergehenden wesentlichen Rückgang geführt hatten), kann auch hier nicht dem Neosalvarsan die Hauptrolle zugeschrieben werden. Das ausgebreitete makulo-papulöse Exanthem von Fall 5 mit Genitalpapeln und Psoriasis plantaris war nach 3 Injektionen im Rückgang, nach der 7. Injektion waren die Erscheinungen geschwunden. Die hypertrophischen Genitalpapeln von Fall 6 waren nach der 3. Injektion, von denen allerdings die 1. 0,15 Neosalvarsan enthielt, verheilt.

Die Erfolge sind durchaus günstige zu nennen. Sie entsprechen dem, was wir nur von starker Hg-Wirkung zu sehen gewohnt sind. Dem widerspricht auch nicht Fall 7, der gerade durch sein Verhalten zeigt, daß die beobachtete Wirkung eine Hg-Wirkung ist. Es gibt eben Fälle, die sich gegenüber Hg refraktär verhalten. So waren diese Papeln auch gegen graue Salbe resistent und erst Neosalvarsan zeigte eine eklatante Wirkung. Daraus geht doch hervor, daß wir die von uns angewendete Methode als Hg-Behandlung ansehen können und daß man die der Linser-Therapie nachgerühmte gute symptomatische Wirkung mit der Hg-Komponente allein erhält. Die Annahme einer Neosalvarsan-Aktivierung durch Hg ist also zur Erklärung der symptomatischen Wirkung

Digitized by Google

nicht nötig. In unserem Sinne spricht auch, daß die Herxheimer-Reaktion bei Fall 5 erst nach 3 Tagen ihren Höhepunkt erreicht, was gleichfalls dem Typus des Hg entspricht.

Das Verschwinden der Spirochäten ist aus den wenigen Fällen, von denen dazu noch 2 die 1. Injektion mit 0,15 Neosalvarsan bekamen, nicht deutlich zu charakterisieren. Doch zeigt Fall 1, daß es sich trotz der intravenösen Zufuhr nicht um ein blitzartiges Zugrundegehen mit vorhergehendem Anstieg, sondern um ein langsames Verschwinden entsprechend dem Rückgang der Erscheinungen handelt, also wieder um das, was uns das Hg gewöhnlich leistet[1]). Fall 2 reagiert allerdings viel prompter und noch vor dem Rückgang der Erscheinungen, aber hier waren von vornherein sehr wenig Spirochäten nachweisbar. Fall 7 war auch in dieser Hinsicht eine ganz besondere Ausnahme, da die Spirochäten noch nach der 14. Injektion und nach lokaler Einreibung mit grauer Salbe fast unverändert waren. Salvarsan zeigte wie auf die Erscheinungen so auch auf die Spirochäten prompte Einwirkung mit vorübergehendem Anstieg.

Alles in allem können wir also sagen, daß die Wirkung des Hg in unserer Darreichung zwar eine besonders intensive ist, sich aber dem Typus nach nicht von dem Einfluß sonstiger Hg-Verabreichung unterscheidet. Aber in einer Hinsicht besteht ein großer Unterschied. Wie unlösliche Hg-Präparate für den Organismus gefährlicher sind als lösliche, so sind sie auch wirksamer, wenngleich die Wirkung oft nicht so rasch eintritt. Von intravenös verabreichtem Hg sollte man eigentlich voraussetzen, daß es weniger gefährlich, aber auch weniger wirksam sei, weil es ja noch rascher ausgeschieden wird. An unserer Abteilung wurde eine Zeitlang neben Salvarsan (auf die Angaben Sicards hin) Hg bicyanatum, und zwar dreimal wöchentlich 0,02 intravenös gegeben. Es fiel uns auf, daß Stomatitis und Durchfälle sehr selten waren und daß weder die WR noch die Erscheinungen wesentlich intensiver beeinflußt wurden als durch Neosalvarsan allein, während eine Beigabe von nur wenigen halben Hg-salicylicum-Spritzen doch meistens eine deutliche Wirkung hat. Daher scheint uns auch Skepsis gegenüber der in Frankreich und den anderen westlichen Länder geübten intravenösen Sublimatbehandlung erlaubt. Hecht und Fischel[2]) berichten zwar über außergewöhnlich günstige Wirkungen dieser Methode, die der des Neosalvarsans gleichkommen sollen. Aber Stejskal[3]) fand in ausgedehnten Nachprüfungen keine Bestätigung. Ferner wird in einer anderen Arbeit dargetan, daß intravenös verabreichtes Novasurol (das intramuskulär gut wirkt) auf WR und Erscheinungen keine wesentliche Einwirkung zeigt.

Das Linser-Hg, von dem wir gezeigt haben, daß es als Quecksilber wirkt, hat nun nicht nur eine Wirkung, die der der sonstigen intravenösen Hg-Darreichung überlegen ist, sondern auch eine höhere Gefährlichkeit. Von 11 Fällen sahen wir einmal Nephritis (11), zweimal Stomatitis und Enteritis (1 und 4), zweimal Stomatitis (3 und 9), darunter bei einer Patientin (9), die schon früher auf Linser

[1]) Stejskal, a. a. O. — [2]) Arch. f. Derm., Bd. 118. — [3]) l. c.

Digitized by Google

wie auf intramuskuläre Injektionen mit Stomatitis reagiert hatte, und auch von den übrigen 6 Fällen hatte 1 einmal Diarrhoe. Quecksilberverbindungen wirken eben durch ihr Hg und bis jetzt ist die höhere Wirksamkeit von der höheren Gefährlichkeit nicht zu trennen[2]). Nur Mulzer berichtet über eigentliche chemotherapeutische Fortschritte mit Quecksilber. Das Merkwürdige bei der Linser-Therapie ist aber, daß intravenös verabreichtes Hg diese Eigenschaften zeigt. (Die Gefahr ist natürlich bei der gewöhnlichen Linser-Therapie geringer, da ich, um besonders deutliche Wirkung zu sehen, große Dosen genommen habe.) Es scheint, daß die verschiedenen Hg-Präparate bei intravenöser Einverleibung zu schnell ausgeschieden und daher nicht genügend aufgeschlossen werden. Interessant war hier die spontane Angabe einer Patientin, daß sie nur nach intramuskulärer, aber nicht nach intravenöser Darreichung des Hg bicyanatum jedesmal Durchfall bekomme. In der Linser-Injektion scheint das Hg in einer Form enthalten zu sein, in der es seine Wirksamkeit in jeder Hinsicht besser entfalten kann, sei es, daß die kolloidale Form hier das Entscheidende ist, sei es der Status nascendi. Das wäre jedenfalls eine prinzipiell gute Eigenschaft. Die Einführung des Cyarsals durch Oelze, das nach der Beschreibung fast klare Lösungen gibt, läge dann den ursprünglichen Bestrebungen Linsers näher, bedeutet aber gegenüber den oben angeführten Eigenschaften einen Rückschritt.

Dieser Auffassung entspricht auch das Verhalten der Serumreaktion bei unseren Versuchen. Während einige Fälle sich sehr renitent zeigten (1, 6, 8, 9), war bei anderen die Einwirkung der Therapie eine überraschend schnelle (2, 7, 10). Das liegt durchaus in der Wirkungsart des Hg, das viel häufiger als das Salvarsan auf refraktäre Fälle stößt, aber auch vielfach, was in einer besonderen Theorie Lessers[1]) verwertet ist, die WR bedeutend rascher beeinflußt als das Salvarsan. Andererseits stimmt dieses Verhalten mit der unzweifelhaft guten Wirkung der Linser-Therapie auf die WR zusammen, einer Wirkung, die wiederum also die Hg-Komponente allein erzielen kann. Das gleiche ist von der Beeinflussung des positiven Liquors zu sagen, die, im Einklang mit den sonstigen Erfahrungen über die Linser-Therapie bei Fall 4 eine besonders deutliche, bei Fall 8 eine gute war. Die Einwirkung auf den positiven Liquor zeigt, daß es sich beim raschen Verschwinden der WR keineswegs etwa um einen chemischen Einfluß des Hg auf die Reagine handeln kann, da ja alle Reaktionen, auch zytologische, beseitigt werden. Aber trotzdem geht aus unseren Fällen hervor, daß eine durch Hg negativ gewordene WR anders einzuschätzen ist als eine durch Salvarsan zum Verschwinden gebrachte. Das zeigt besonders Fall 7, der aber der völligen Erklärung noch Schwierigkeiten bietet, denen vorläufig nur mit Hypothesen entgegengetreten werden kann. An dem Fall ist nicht die Resistenz der Papeln, nicht die der Spirochäten so sehr das Überraschende als die Tatsache, daß beide noch nach der 14. Injektion nachweisbar sind, die WR aber bereits nach der 7. Injektion negativ geworden ist. Resistenz von Erscheinungen oder Virus kommen auch

---

[1]) Das geht auch aus der Zusammenstellung Döhrings (Arch. f. Derm., Bd. 121) hervor. — [2]) D. m. W., 1921, Nr. 2/3.

Digitized by Google

bei Salvarsanbehandlung vor, auch hier beweist die negative Serumreaktion ja bei weitem keine Heilung. Aber daß die WR unter der Kur negativ wird, während (soweit sich das mikroskopisch beurteilen läßt) noch hochinfektiöse Erscheinungen bestehen bleiben, ist bei Salvarsan so gut wie ausgeschlossen. Dagegen stimmt die Beobachtung mit Erfahrungen, die Funfack[1]) mit einem nicht näher bezeichneten Hg-Präparat und M. Stejskal mit den verschiedensten Hg-Verbindungen machte. Die Fälle Fischls[2]), der in überhäuteten Sklerosen bei bereits negativer WR durch das Dunkelfeld histologisch und experimentell virulente Spirochäten fand, hatten neben dem Neosalvarsan reichlich Hg erhalten, sind also für die eben erörterte Frage nicht heranzuziehen. Solange nicht bei reiner Neosalvarsankur derartige Befunde gemacht werden, sprechen seine Ergebnisse eher in unserem Sinne. Übrigens waren ja bei Fischl die Erscheinungen zum Unterschied von unserem Falle sichtlich im Rückgang. Wenn man auch annehmen muß, daß die negative WR nur durch das Zurückgehen wenigstens der Mehrzahl der spezifischen Herde erzielt werden kann, daß also ihre Beeinflussung durch Hg, wenn man so sagen darf, „ätiologischer" ist, als es nach diesen Beobachtungen den Anschein hat, so muß man doch bedenken, daß diese vollvirulenten Herde auch im Innern des Organismus sitzen könnten; dabei ist nicht zu vergessen, daß auch, abgesehen davon (wie das Lesser am entschiedensten betont), der Rückgang von WR bei Hg-Behandlung durch direkte Beeinflussung der Infiltrate und nicht auf dem Umweg über die Spirochäten wie beim Salvarsan erfolgt, daher wenig Dauer verspricht. So wird man zugeben müssen, daß, wie immer man sich zur Hg-Behandlung stellt, die gute Beeinflußbarkeit der WR bei einer Therapie, die auf Hg-Wirkung beruht — und das glaube ich für die Linser-Methode gezeigt zu haben —, kein Kriterium für den Wert dieser Therapie sein kann. Hier ist auch das Verhalten der WR unter weiterer Neosalvarsanverabreichung interessant, ein Verhalten, das allerdings den Angaben Lessers über ausbleibende Provokation einer durch Hg negativ gewordenen WR widerspricht. Von sechs Fällen, die unter unserer Kur negativ geworden waren, zeigten drei unter weiteren reinen Neosalvarsaninjektionen einen Anstieg der Reaktion. Auch das spricht in obigem Sinn und man muß sagen, daß das Linser-Hg eben in intensiver Weise alle Eigenschaften des Quecksilbers zur Geltung bringt.

Unsere Auffassung von der Linser-Therapie ist somit folgende: Sie stellt insofern einen Fortschritt dar, als es erst durch die bei ihr erzielte Form des Quecksilbers möglich ist, Hg intravenös, also auf angenehmere Art, in gleicher Wirksamkeit zu verabreichen wie bei der intramuskulären Injektion unlöslicher Salze. Daß es dabei auch zu erhöhter Gefährdung kommt, liegt im Wesen der Hg-Wirkung. Der leichte Verlauf dieser relativ zahlreichen Zwischenfälle und ihr rasches Abklingen zeigt offenbar, daß es nicht zur Kumulation kommt, wie es ja der intravenösen Therapie entspricht. Darin liegt ein zweiter Vorteil. Aber ich glaube gezeigt zu haben, daß ein wesentlicher Unterschied gegenüber der sonstigen Hg-Therapie nicht besteht. Wenn man eine neuartige

[1]) D. m. W., 1921, Nr. 12. — [2]) W. kl. W., 1913, Nr. 37.

Digitized by Google

Wechselwirkung des Hg und des Salvarsans (abgesehen vom Entstehen des kolloiden Hg) annimmt, so sind dafür Gründe beizubringen. Die guten klinischen und serologischen Wirkungen erfordern nicht diese Annahme, denn sie sind durch das isolierte Hg allein erzielbar. Im wesentlichen ist also das Problem dadurch vereinfacht. Dem Hg-Anhänger kann die LINSER-Mischung durchaus entsprechen, denn er kann ihre Erfolge auf das beziehen, was er vom Hg her kennt. Der klinischen Prüfung ist durch meine Ausführungen natürlich nicht vorgegriffen, aber die Beurteilung scheint mir erleichtert, da nicht die große Frage der Hg-Therapie überhaupt hier in Betracht kommt, sondern mehr die nebensächlichen Punkte, die bei der neuen Applikationsart von Wichtigkeit sind: Verträglichkeit, Häufigkeit der Spirochätenresistenz usw. Wenn aber auch eine besondere unbekannte Wirkung der LINSER-Mischung nicht angenommen werden muß, so wäre sie natürlich möglich und es könnte durch die hier geübte Kolloidtherapie eine neue Behandlungskomponente eingeführt sein. Aber dann ist doch wohl zu erwägen, ob nicht (wie es KOLLE betont) zu dem angestrebten Ziel Wege zu wählen sind, die bereits im Lichte der Erkenntnis liegen.

Versammlungen.

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Bericht von W. POSPELOW.

Sitzung vom 6. November 1921.

S. BOGROW demonstriert einen Fall von **Lichen planus zosteriformis**, der linear verläuft und abschuppt; dabei allerlei nervöse Störungen.

W. IWANOW zeigt:

1. Mehrere **Nasenprothesen**, die von dem Mouleur der I. Moskauer Universität S. FIWEISKY angefertigt wurden, und dazu 2 Kranke mit gummöser Nasenzerstörung.

2. Eine Kranke mit **Röntgenkrebs** des Gesichts.

BORTNJAEFF demonstriert einen Fall von **Syphilis mutilans mit Sarkozele und Favus.**

IWANOW und MESTSCHERSKY verweisen hierbei auf die üblen Folgen, wenn Ärzte anderer Spezialitäten die Syphilis nicht genügend kennen.

A. JORDAN führt eine Kranke mit **Psoriasis mucosae oris und der Haut** vor.

MENSCHIKOW demonstriert mehrere Kranke (Sykosis, Akne), die er mit **Jodkataphorese** behandelte.

WOLFSOHN zeigt einen Fall von **Naevus verrucosus linearis unius lateris.**

BOBOWITSCH demonstriert ein Mädchen mit einer superfiziellen Mykose der Haut und Nägel: es wurden Myzelien und Endosporen gefunden; Dauer 12 Jahre.

Fachzeitschriften.

Proceedings of the Royal Society of Medicine. Dermatological Section.

Sitzung vom 19. Januar 1922.

J. H. SEQUEIRA: **Fall von Sklerodermie; Typus der Sklerodaktylie** (Case of Sclerodermia; Sclerodactyly Type). Typischer Fall. Beginn in der Schwangerschaft mit Schwellungen an Händen und Füßen.

H. G. ADAMSON: **Sporotrichosis; mit Kulturen** (Sporotrichosis; with Cultures). Der in der vorigen Sitzung zur Diagnose vorgestellte Fall zeigte seit 6 Monaten

Digitized by Google

jeder Therapie trotzende Geschwüre am Bein, die aus Pusteln hervorgegangen waren, die weder syphilitisch, tuberkulös, artefiziell waren, noch einer Streptokokken- oder Staphylokokkeninfektion entsprachen. Inzwischen wurde in einer Pustel Sporothrix nachgewiesen und es trat nach innerlicher Darreichung von Jod (Jodeol) wesentliche Besserung ein. Beschreibung der Kultur.

A. M. H. Gray: **Fall zur Diagnose.** Pustulöse Eruptionen, in Ulzerationen übergehend, dem vorigen Falle ähnelnd. Jod ohne Einfluß, daher Diagnose Sporotrichosis abgelehnt.

A. M. H. Gray: **Pemphigus foliaceus.** Versagen jeglicher Therapie. Trotz der Ausbreitung der Erscheinungen guter Allgemeinzustand.

W. Knowsly Sibley: **Fall von Lichen obtusus corneus.** Charakteristische Papeln besonders über den Schultern. Außerdem typische Lichen-planus-Effloreszenzen über den Ellenbogen und Schultern, zum Teil linear gestellt, auch anulär mit frischen kleinen Planuspapeln in der Peripherie.

H. W. Barber: **Lupus erythematosus mit rheumatischen Erscheinungen** (Lupus Erythematosus with Rheumatoid Arthritis). Außerdem retrobulbäre Neuritis optica von dem Typus der gewöhnlich mit Infektionen, besonders von den Zähnen, verbunden ist. Möglichkeit, beide Affektionen auf Streptokokkeninfektionen zurückzuführen.

H. W. Barber: **Parakeratosis variegata.**

E. G. Graham Little: **Fall zur Diagnose.** E. Levin-Berlin.

Česká Dermatologie.

1922, Bd. 3, Nr. 6.

Saugmethode bei chronischer Urethritis und Prostatorrhoe, von I. Saudek-Brünn. Die Saugmethode, bei der der Janetsche Apparat mit einer Luftpumpe kombiniert wird, bewährte sich dem Verf. bei chronischer Urethritis und Prostatorrhoe. Ausspülung und Ansaugung beseitigen Schleim, Eiter und mit ihnen pathogene Keime aus den Schleimhautbuchten. Die Ansaugung aus der hinteren Partie der Harnröhre ist geradezu ein spezifisches Mittel bei Prostatorrhoe und Spermatorrhoe und ein unterstützendes bei Schwäche. Sie läßt sich leicht und ohne viel Spesen überall dort durchführen, wo eine Wasserleitung mit genügendem Druck vorhanden ist.

Über Tuberkuline und Kaltblütervakzine in der Dermatologie und einige Erfahrungen mit denselben, von K. Hübschmann-Prag. (Schluß folgt.)

Über intrakutane Laktininjektionen, von K. Gawalowski-Prag. Mit dem Milchpräparat Laktin Dr. Heisler wurden in der Klinik Šamberger vowiegend chronisch verlaufende, durch Pilze verursachte Hautaffektionen ambulatorisch in Form intrakutaner Injektionen behandelt. Die injizierte Menge schwankte bei 20 Fällen von 2 mal 0,2 ccm bis 2 mal 0,2 + 8 mal 0,5 ccm. Nie traten Allgemeinerscheinungen auf, die Temperatur stieg auf höchstens 37,2°; die Herdreaktion bestand in Schwellung und Hyperämie des Herdes und Rötung der Umgebung. Fluktuierende Infiltrate (sekundäre Staphylokokkeninfektion) brachen oft auf. Meist kam die Affektion nach 2—3 Injektionen zum Stillstand. Bei der Sycosis coccogenes chronica flammte der Prozeß akut auf, aber Heilung trat nicht ein; noch geringer war der Erfolg bei Furunkulose. Bei 2 Fällen von Alopecia areata (auf nervöser Basis) trat eine deutliche Hyperämie des haarlosen Herdes auf. Im allgemeinen kann gesagt werden, daß das Laktin den Krankheitserreger nicht abtötet, daß es die Hyperämisierung des Herdes begünstigt, die Leukozytose steigert, die Vitalität des gefährdeten Gewebes bessert; ob es auch die Vitalität der Kapillaren steigert, läßt sich nicht behaupten, aber auch nicht apriori verneinen. Es verursacht keine unangenehmen Nebenerscheinungen. G. Mühlstein-Prag.

The British Journal of Dermatology and Syphilis.

Februar 1922.

Hypodermiasis (Hypodermiasis. Ox-Warble Disease), von Noxon Toomey. S. 31. Neben den zwei Arten von Creeping Disease, die eine durch eine Gastrophilusart, die andere durch Nematoden aus den Familien der Anguilluliden und Angiostomiden hervorgerufen, beschreibt Verf. noch eine weitere. Dieselbe ist verursacht durch eine Larven-

Digitized by Google

fliege vom Genus hypoderma und weicht erheblich in Pathologie und klinischen Verlauf von der durch Gastrophiluslarven verursachten Affektion ab. Außer Norwegen, wo die Hypodermiasis vorherrschend zu sein scheint, kommt sie wahrscheinlich in allen Viehzucht treibenden Ländern mit gemäßigtem oder subtropischem Klima vor. Die unmittelbare Ursache der Krankheit ist das Eindringen der Larve. Genauere Lebensbeschreibung des Parasiten nebst Abbildungen, aus einer Arbeit von Seymour Hadwen (1917), zum Teil wiedergegeben. Hautveränderungen sind: Stränge von subakuter Entzündung längs des Larvenganges in der Subkutis und die Hautveränderung an der Austrittstelle der reifen Larve (Madenstadium). Ersterwähnte Veränderungen sind fast stets vorhanden, bestehen in leicht erhabenen, etwas indurierten, rötlichen Herden von 4—5 cm im Durchmesser, schmerzhaft auf Druck, stechende Gefühle, weniger Brennen oder Jucken verursachend. Die Wanderung vollzieht sich im subkutanen Gewebe. Prädilektionsstellen sind oberer Teil des Rumpfes oder Oberschenkel, Nacken und Gesicht. Die Zeit der Wanderung ist eine sehr verschiedene: in einem Falle betrug sie nur 1 Zoll innerhalb 24 Stunden, in einem anderen wanderte sie in derselben Zeit vom Hand- bis zum Ellbogengelenk. Wenn die Larve in ihrem Endstadium ihr Wachstum vollendet hat, ist sie nahezu 3 cm lang und von gelblich-weißer Farbe; wenn sie dann aus dem Hautknoten, der oft einem indolenten Furunkel gleicht, austritt, gewöhnlich am frühen Morgen, nimmt sie eine schwarze Farbe an. Die Behandlung besteht in Exzision des Ganges. Prophylaktisch ist Reinlichkeit von größter Bedeutung. Der Schaden, welchen die Fliegen den Viehherden zufügen, ist ein beträchtlicher, besonders bezüglich der Häute, welche durch die Durchlöcherung zu 25—50% verdorben werden können.

Die Wirkungsart der Wassermannschen-Reaktion (The Rationale of the Wassermann Reaction), von I. E. R. Mc Donagh. S. 43. (Fortsetzung folgt).

März 1922.

Lupus mit Bogenlichtbädern als einzigem Mittel behandelt: eine klinische und histologische Untersuchung (Lupus Treated with General Carbon Arclight Baths as the only Therapy: a Clinical and Histological Investigation), von K. A. Heiberg und Karl With, Finsenlicht-Institut Kopenhagen (Direktor: Axel Reyn). S. 69. Kohlenbogenlichtbäder ohne jede andere Behandlungsart vermag Lupus vulgaris zur Heilung zu bringen; dieselbe wird jedoch beschleunigt durch gleichzeitige lokale Anwendung von Finsenlicht. Der histologische Wiederherstellungsprozeß umfaßt gelegentlich das ganze Lupusgewebe, so tief es auch sitzen mag; es wird so ein Zustand geschaffen, welchen Lokalbehandlung allein ebenfalls bewirken kann, aber nur sehr langsam; die Art der Heilung scheint von der Größe des Lupus abzuhängen. Ist er klein, so verlieren die homogen geschwollenen Zellen ihre Tinktionsfähigkeit, lösen sich auf und werden resorbiert. Rundzelleninfiltration unbedeutend. Auch bei größerem Lupus verläuft der Prozeß so, aber gewöhnlich nehmen die Rundzellen zwischen den absterbenden homogen geschwollenen Zellen zu, ohne daß im umgebenden Bindegewebe eine Vermehrung nachzuweisen wäre. Letzteres ist nur selten der Fall und die Ausheilung hier geschieht unter Bildung von neuem Bindegewebe; die Veränderungen im Bindegewebe sind sekundärer Natur, das Wichtige und Primäre ist der Auflösungsprozeß der homogen geschwollenen Zellen.

Die Wirkungsart der Wassermannschen Reaktion (The Rationale of the Wassermann Reaction), von I. E. R. Mc Donagh. S. 77. (Fortsetzung und Schluß.) Verf. kommt zu folgenden Schlüssen. Komplement ist das Gleichgewicht, welches die Proteinteilchen im Serum in wirklicher und normaler Emulsion hält. Im hämolytischen System ist Hämolysis zurückzuführen auf eine Änderung in der Oberflächenspannung, welche durch die Absorption zwischen Ambozeptor und Komplement hervorgerufen wird. Absorption in vitro ist der halbe Weg zur Präzipitation; wenn letztere sich einstellt, bevor die roten Blutkörperchen zugefügt werden, so werden dieselben präzipitiert, ohne ihr Hämoglobin wegzugeben. Nichtspezifische hämolytische Systeme können so hergestellt werden, daß ein Elektrizitätsleiter oder -Kondensor den Platz des Ambozeptors einnimmt. Der erste Teil der WR ähnelt dem nichtspezifischen hämolytischen System ausgenommen, daß das Stadium der Absorption zu jenem der Präzipitation übergeführt wird. Sowohl Absorption wie Präzipitation werden durch Oberflächen- oder elektrische und substantielle Veränderungen, welche die Proteinpartikelchen im Serum betreffen, reguliert. Diese Veränderungen können durch verschiedene Manöver in Tätigkeit gesetzt werden, von welchen die interessantesten jene sind, die bei Kaninchen in intravenöser Einverleibung

Digitized by Google

von Konduktoren (Metallen) und Kondensoren (Nichtmetallen) bestehen. Die experimentell durch Metalle und Nichtmetalle hervorgerufenen Veränderungen sind jene, welche in der Natur bei einer Krankheit wie Syphilis vorkommen. Die Hauptveränderung, das ist jene, welche am meisten für eine positive Komplementfixations-Reaktion verantwortlich ist, ist eine Leitung negativer Elektrizität von der Oberfläche der Proteinteilchen weg und die Folge ist eine Zerstreuung von Elektronen, eine Kondensation der Proteinmasse usw., was zusammen wieder die Reaktion in entsprechenden Graden mehr positiv macht. Negative Reaktionen bei Syphilis entstehen aus vielen Ursachen, von welchen die wichtigsten die Störung des Albumin-Globulin Verhältnisses ist, hervorgerufen durch ein Übermaß des Albumins und den schließlich erreichten isoelektrischen Zustand der Globulinpartikelchen, welche in der Hauptsache, wenn nicht gänzlich, für die Reaktion verantwortlich sind. Eine nach Behandlung vorkommende negative Reaktion ist zurückzuführen auf eine gewaltsame Zerstreuung von Proteinpartikelchen. Präzipitationsproben sind einfach eine Verlängerung der ersten Hälfte der WR. Langes Goldreaktion ist ebenso eine elektrische Reaktion zwischen den Protein- und den Goldpartikelchen. Das Protein in der Zerebrospinalflüssigkeit befindet sich in einem naturgemäß mehr kondensiertem Zustande, als jenes im Serum; infolgedessen kann das Gleichgewicht zwischen Oberfläche und Proteinmasse nicht immer aufrecht erhalten werden. Die Veränderung in der Oberflächenelektrizität kann genügend sein, um einer normalen Zerebrospinalflüssigkeit eine positive Komplementfixations-Reaktion zu geben. Kurz ausgedrückt, wäre also die WR auf einen veränderten elektrischen Zustand der Oberfläche der Proteinpartikelchen zurückzuführen. Diese gleiche veränderte Elektrifikation kann weiterhin dem Albumin die physikalischen Eigenschaften von Globulin und Lipoid-Globulin verleihen. Da Lipoid-Globulin wieder in Albumin umgewandelt werden kann und da das weitere Stadium einer extremen positiven Komplementfixationsprobe eine negative Reaktion ist, so haben sowohl WR wie die Stadien, welche Protein durchlaufen kann, zyklischen Charakter. Der ganze Vorgang kann als ein Kampf angesehen werden, welchen die Proteinpartikelchen von Kondensation aus gegen Zerlegung (Dispersion) führen.

M. Stern-München.

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute exanthematische Infektionskrankheiten.

Das Malariaexanthem im klinischen und pathologisch-anatomischen Bilde, von L. Brauer und E. Fraenkel-Hamburg-Eppendorf. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1921, Bd. 25, Nr. 12, S. 355—363.) Bei einem unter Fleckfieberverdacht eingelieferten Kranken bestand eine Malaria tertiana mit einem petechialen Exanthem, das hauptsächlich an den Streckseiten der Oberarme und den Handgelenken lokalisiert, durch das Fehlen jeglicher Polymorphie leicht von dem petechialen Exanthem bei Flebkfieber zu unterscheiden war. Wegen ihres häufigen Auftretens in der Gegend von Vodena hießen sie im Kriege dort „Vodenaflecke". Jhr Zustandekommen ist nicht abhängig von Chinineinwirkung, scheint vielmehr mit gewissen Gegenden und Infektionsherden in Zusammenhang zu stehen. Die histologische Untersuchung ergab, daß es sich um Verstopfungen größerer und kleinerer Arterienästchen durch Leukozyten und hyaline Massen sowie um zellige Infiltration der Gefäßwand und des perivaskulären Gewebes handelt. Die Blutaustritte sind als Diapedesisblutungen aufzufassen. In den Thromben ließen sich außerordentlich stark lichtbrechende, kugelige Gebilde nachweisen, die Verff. als Plasmodien ansprechen. Bei der Malaria können also, genau wie hier und da, z. B. bei Miliartuberkulose, Staphylokokkensepsis und anderen Infektionskrankheiten die Krankheitserreger in Ausnahmefällen in die Hautgefäße verschleppt werden und dort zur Gewebsschädigung führen. Die Erreger selbst werden dabei durch die sie umgebenden Zellmassen morphologisch verändert. Derartige erhebliche Verstopfungen arterieller Gefäße der Haut bieten im Gegensatz zum Fleckfieber niemals ein charakterisches Bild, so daß man aus dem histologischen Befund der Haut nicht etwa die Diagnose Malaria stellen kann.

F. Jacobsohn-Berlin.

Kombination von Variolois und Lues latens, von Erna Hillenberg-Zittau. (M. m. W., 1921, Nr. 56, S. 1624.)

A. v. Notthafft-München.

Digitized by Google

Vakzine an der Lippe (Vaccina of the Lip), von ALFRED SCHALEK-Omaha. (J. Am. m. Ass., 1922, Nr. 7, S. 509.) Fall von 10jährigem Mädchen, das nach Kuhpockenimpfung eine Woche später mit einem Geschwür an der Unterlippe erkrankte, das klinisch alle Erscheinungen eines Primäraffektes bot. Genaueste Untersuchung ergab jedoch keine Anhaltspunkte für eine syphilitische Infektion. Die WR war stets negativ.

Fr. Quasig-Hamburg.

Die Verwendung von Akridinfarbstofflymphen zur Schutzpockenimpfung am Menschen, von E. ILLERT-Goddelau. (D. m. W., 1922, Nr. 7, S. 227—228.) Farbstofflymphen, die mit konz. Neutratrypaflavin hergestellt sind, werden rascher keimfrei als die entsprechenden Glyzerinproben. Bei mittlerer Keimzahl ist die Lymphe zu 24 bis 48 Stunden gebrauchsfertig. Die vakzinale Virulenz der Farbstofflymphe bleibt erhalten. Bei der intrakutanen Anwendung wird gleichzeitig mit der Vakzination eine prophylaktische Wunddesinfektion ausgeübt. F. Harry-Berlin.

Bericht über die Ergebnisse der Schutzpockenimpfung in Bayern im Jahre 1920, von A. GROTH. (M. m. W., 1921, Nr. 49, S. 1588.)

A. v. Notthafft-München.

Untersuchungen über die für Variola und Vakzine spezifischen Zellveränderungen, von H. A. GINS-Berlin. (Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., Bd. 95, S. 255.) Zahlreiche Beobachtungen, die an Kaninchenhornhäuten, die mit Variola- oder Vakzinevirus künstlich infiziert waren, an Meerschweinchenhäuten nach der Vakzineinfektion, an Kaninchenhaut nach Vakzineimpfung und an Schafhaut bei Infektion mit echten Schafpocken angestellt sind, haben ergeben, daß die GUARNIERI-Körperchen weder Bestandteile des Zellkerns noch des Protoplasmas sind, sondern als selbständige, zellfremde Gebilde angesehen werden müssen, die nicht nur innerhalb der Zellen, sondern auch zwischen den Epithelzellen der Kaninchenhornhaut angetroffen werden, hier zwar nur bei junger Infektion. In der Hornhaut dringt das Virus in die Epithelzelle und wandert in den Zellkern ein. Hier entwickelt es sich zu einer dichten Masse größerer Körperchen, die den ganzen Kern ausfüllen. Diese Körperchen treten aus dem Kern aus, wachsen weiter in der allmählich verschwindenden Epithelzelle (Strahlzelle) und wandern auch zwischen die Epithelien (extrazelluläre Form der Variolavakzinekörperchen). Darauf dringen sie in das Protoplasma der Epithelzellen (typisches GUARNIERI-Körperchen), reifen innerhalb der Zelle und zerfallen in Elementarkörperchen (PASCHENsche Körperchen), die dann aus den zerstörten Epithelzellen ausfallen oder allmählich in der nicht durch den Parasiten zerstörten Zelle resorbiert werden. G. Assmann-Kiel.

Pocken und Impfung (Small-pox and Vaccination). (Lancet, Nr. 5144, S. 641.) In den letzten 16 Jahren sind in England nur vereinzelte Todesfälle an Pocken vorgekommen. Einige Fälle waren auch in allerletzter Zeit sehr schwer. Im letzten Kriege hat sich die Impfung und die verschärfte Hafenkontrolle glänzend bewährt. Die größte Gefahr bilden die unerkannten Fälle. Bei richtiger sachgemäßer Bekämpfung ist eine völlige Ausrottung der Krankheit möglich. G. Assmann-Kiel.

Die Diagnose der Pocken durch Impfung der Kaninchen-Kornea (The Diagnosis of Variola by Inoculation of the Cornea of the Rabbit), von W. H. HOFFMANN-Havana, Kuba. (M. Record, 26. Nov. 1921.) Obwohl die von GUARNIERI in den nach der Impfung mit Variola und Vakzine gewucherten Epithelzellen der Kaninchen-Kornea gefundenen und als Cytorrhyctes variolae-vaccinae bezeichneten Körperchen nicht allgemein als der Erreger der Variola anerkannt wurden, man vielmehr meinte, daß sie nur Produkte einer von dem Erreger bewirkten Degeneration darstellten, so ist doch der durch die Inokulation auf der Kaninchenkornea sich entwickelnde pathologisch-anatomische Prozeß so charakteristisch, daß er als spezifisch betrachtet und von PAUL zur Diagnose der Pocken benutzt werden konnte. Diese Probe, die besonders für zweifelhafte Fälle, wie sie bei Epidemien von mildem Charakter häufiger sind, in Betracht kommt, gibt in 90—95% der suspekten Fälle positive Resultate, ist bei Varizellen negativ. Das Vakzinevirus macht eine ähnliche, meist diffusere und konfluierende Proliferation. Das prinzipiell Neue an der Probe ist, daß sie den mikroskopischen Nachweis der GUARNIERIschen Körperchen überflüssig macht, vielmehr gestattet sie rein makroskopisch die Diagnose, indem die Infektionsherde an der Kornea des enukleierten Auges in einer Sublimatalkohollösung ganz besonders plastisch klar als transparente, isolierte, porzellanweiße Prominenzen sich von der übrigen diffus grau getrübten Kornea abheben. Im Zentrum der Proliferation findet sich eine Desquamation von Epithelzellen, nach 96 Stunden eine runde kraterförmige Depression mit scharf ausgeprägtem Rande; diese Art von Proliferation ist pathognomonisch für Variola. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Über das Vorkommen von Protozoen in der Zerebrospinalflüssigkeit von Fleckfiebererkrankten, von J. L. KRITSCHEWSKY-Moskau. (Zbl. f. Bakt., Bd. 87, H. 7—8, S. 526—532.) Verf. hat in der Zerebrospinalflüssigkeit von Fleckfieberkranken, bei denen sich eine Affektion der Hirnhäute findet, Protozoen gefunden, die er Nicollia aggregata nennt und für die Erreger des Fleckfiebers hält. F. Harry-Berlin.

Studien über Fleckfieber, von L. FINKELSTEIN-Kowno. (D. m. W., 1922, Nr. 4, S. 128—129.) Auf Grund seiner Beobachtungen an etwa 1000 Fleckfieberkranken kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß das Fleckfieber alle Organsysteme, besonders aber das Herz, das Nervensystem und die Nieren schädigt. Das Dumpfwerden der Herztöne und der Temperaturabfall am 3. Krankheitstage sind für die Frühdiagnose von Wert. Die Aufhellung der Herztöne und die Besserung der Pulsqualität am zehnten bis zwölften Tage sind Zeichen einer günstigen Prognose. Für die Therapie ist die frühzeitige Darreichung von Digitalis wichtig. F. Harry-Berlin.

Einige Bemerkungen über Flecktyphus nach Beobachtungen während der Moskauer Epidemie 1917—1920, von D. PLETNEW-Moskau. (Zschr. f. kl. M., 1922, Bd. 23, H. 4—6, S. 285—301.) Die Epidemie zeigte alle Jahre einen steilen Anstieg im Spätherbst und einen noch steileren Abfall im Frühling. Die Laus ist der alleinige Überträger, eine Tropfinfektion gibt es nicht. Das Alter der Erkrankten schwankte von 5 Monaten bis 89 Jahre. Am leichtesten überstehen Kinder die Krankheit, nach 50 Jahren wird große Sterblichkeit beobachtet, doch sind auch Patienten im Alter von 60—71 Jahren genesen. Das Fieber steigt nach zwei- bis dreitägiger Vorperiode, erlangt sein Maximum in zwei bis vier Tagen, die größte Höhe betrug 41,8° C. Der Abfall der Temperatur in fast drei Viertel aller Fälle geschah lytisch in drei bis fünf Tagen. Eine Krisis wurde nur in wenigen Fällen beobachtet. Die Hautsymptome erscheinen meistens in drei bis fünf Tagen. Die Zahl der vom Verf. beobachteten Flecktyphusfälle ohne Eruption betrug 7%. Nicht selten tritt am 12.—14. Tage Abschuppung der Haut ein. Die Haare fallen fast immer aus. In den ersten Tagen relative Bradykardie. Der Arterientonus läßt nach teils infolge schwerer Enzephalitis, teils infolge Hypadrenalinämie. Öfters sind infektiöse Myokarditiden beobachtet. Im Blut tritt eine Verminderung der Erythrozyten und des Hämoglobins ein. Die Viskosität des Blutes ist um so höher, je schwerer der Fall ist. Die Blutgerinnung ist verlangsamt, mitunter bis zum 25. Tage nach Einsetzen der normalen Temperatur. WR ist ungefähr in der Hälfte der Fälle positiv. Weil-Felix vom achten Tage an in 80% positiv und wächst bis zum Ende der zweiten Woche bis auf 100%. In den ersten Tagen zeigt sich eine Erhöhung der Gehirnfunktion, vereinzelt auch Neuritiden, die aber öfters beim Fieberabfall eintreten. Manchmal werden Krämpfe und Rigidität gewisser Muskelgruppen beobachtet. Zerebrospinalflüssigkeit zeigt mitunter Druckerhöhung, Eiweiß und Leukozyten. Verf. hat acht Rezidive beobachtet. Von Nachkrankheiten treten verschiedene eitrige Prozesse auf, ferner mitunter Lungentuberkulose. In der Rekonvaleszenz wurde auch temporäre anamnestische Aphasie beobachtet, Amentia acuta und KORSAKOFFsche polyneuritische Psychose. Die Therapie ist eine rein symptomatische. Günstige Beeinflussung der Krankheit sieht man bei intravenöser Anwendung von 0,2—0,5 Natrii citrici in $^1/_2$%iger Lösung. Rekonvaleszentenserum gewährt eine gewisse subjektive Erleichterung. Pathogenetisch ist der Flecktyphus als eine diffuse anatomische Erkrankung der Gefäße und des Nervensystems anzusehen. G. Assmann-Kiel.

Spirochäten und Blutbild beim Rückfallfieber, von ARTHUR MAYER-Berlin. Hyg. Inst. Aleppo. (Zschr. f. kl. M., 1922, Bd. 93, H. 1—3, S. 141—163.) Das Blutbild steht im engen Zusammenhang mit dem Spirochätenbefund. Während in den häufigsten, prognostisch guten Fällen die Spirochäten kurz vor dem Anfall aus dem peripheren Blute verschwinden, läßt sich in Ausnahmefällen folgendes Schema aufstellen: 1. Frühzeitige Einschwemmung im Intervall. 2. Resistenz der Spirochäten in der Rekonvaleszenz. 3. Frühzeitiges Verschwinden der Spirochäten beim septisch-biliösen Typus. 4. Anämische Form mit rasch einsetzendem aregenerativ-degenerativem Blutbilde bei regelmäßigem Spirochätenbefund. 5. Sehr seltene Form mit verkürztem, spirochätenreichem Intervall und aregenerativem Blutbilde. Das (hypothetische) Rekurrenstoxin zerfällt nach Verf. in eine das hämatopoetische System reizende und eine auf das zirkulierende Blut wirkende Komponente. Während des Anfalles besteht eine neutrophile Leukozytose, die im Intervall in einem Umfange zurückgeht, der dem Spirochätengehalt im Intervall entspricht. Mononukleose ist auch für Rekurrens charakteristisch. Die Zahl der Eosinophilen steigt nur nach Salvarsaninjektion, diese Reaktion bleibt allein in prognostisch ungünstigen Fällen aus. Beim septischen Rekurrens

Digitized by Google

gestattet das Blutbild (Verschiebung nach links, Färbeindex unter 1) auch ohne Spirochätenbefund die Differentialdiagnose, z. B. gegen Weilsche Krankheit und Icterus haemolyticus. Bei Rekurrens wird das Toxin im peripheren Blute durch die zirkulierenden Spirochäten gebildet. In Fällen mit starker Toxikämie finden sich im zirkulierenden Blute nur wenig Spirochäten, dagegen reichlich in Milz und Leber. Hier versagt auch das Salvarsan, das sonst bei Rekurrens meist im Sinne der Therapia magna sterilisans wirkt. F. Jacobsohn-Berlin.

Tuberkulose.

Die Hauttuberkulose im Kindesalter, von Wilhelm Lutz-Basel. (Arch. f. Kindhlk., Bd. 70, S. 274.) Ein Übersichtsreferat, das aber über das Thema hinaus auch allgemeinere Gesichtspunkte berücksichtigt. Als Hauttuberkulose ist jede Hauterkrankung anzusehen, die durch Tuberkelbazillen hervorgerufen wird. Der Nachweis der Erreger kann im Schnitt oder durch Kultur oder durch Tierimpfung geführt werden, der Nachweis tuberkuloiden Gewebes allein erscheint nicht ausreichend, da auch durch andere Bakterien ähnliche Gewebsveränderungen hervorgerufen werden können. Der Verlauf der Krankheit und die äußeren Erscheinungsformen hängen wesentlich davon ab, ob die Infektion auf einen völlig unberührten Organismus trifft, oder auf einen, der schon einmal mit Tuberkulose infiziert wurde. Im ersteren Falle treten bei äußerer wie hämatogener Infektion nach kurzer Inkubationszeit entzündlich geschwürige Veränderungen der Haut auf, die die Bazillen entweder zur Ausstoßung bringen oder die Erkrankung auf den ganzen Körper verbreiten. Erst nach längerem Bestehen bilden sich Schutzstoffe, die zum Abbau der liegengebliebenen Bazillen und durch den Reiz dieser giftigen Abbauprodukte zur Bildung von tuberkuloidem Gewebe Anlaß geben. Trifft dagegen die Infektion auf einen schon früher an Tuberkulose erkrankten Körper, so werden die neu eingebrachten Tuberkulosebazillen von den schon vorhandenen Schutzstoffen zum Absterben und Abbau gebracht, wobei als Reaktion tuberkuloides Gewebe entsteht. Die Tuberkelbazillen können dabei ganz verschwinden und nur das durch die Toxine entstandene tuberkuloide Gewebe zurücklassen oder auch der völligen Vernichtung entgehen und zu den langsam fortschreitenden Erkrankungen Anlaß geben. Im ersten Falle sehen wir dann gewisse Formen von Hauterkrankungen entstehen, deren Zusammenhang mit Tuberkulose schon längst vermutet wurde. Man fand aber keine Bazillen oder doch nur äußerst selten, weil sie bereits vom Körper vernichtet oder nur noch in ganz vereinzelten Exemplaren vorhanden waren. Es sind das die Tuberkulide, deren tuberkulöse Natur als sichergestellt angesehen werden kann. Lupus, Tuberculosis cutis und Skrofuloderma kommen wohl häufig bei Kindern vor, aber auch ebenso oft bei älteren Personen. In der Hauptsache aber im Kindesalter findet man die Miliartuberkulose der Haut, die papulonekrotischen Tuberkulide und den Lichen scrophulosorum, die oft das erste Zeichen einer bis dahin nicht erkannten inneren Tuberkulose darstellen. Seltener findet sich bei Kindern das Erythema induratum Bazin. Das Boecksche Miliarlupoid und der Lupus pernio zeigen zwar ausgeprägte tuberkuloide Struktur, es haben sich aber niemals Tuberkelbazillen nachweisen lassen, auch keine Herdreaktionen bei Tuberkulinprüfung, bei Kindern sehr selten. Ähnlich ungeklärt liegen die Verhältnisse beim Lupus erythematosus, bei der keine tuberkuloide Struktur, aber doch gelegentlich Herdreaktion bei Tuberkulinimpfung, auch von einigen Verff. positive Tierexperimente gefunden sind. H. Lautsch-Leipzig.

Experimentelle Untersuchungen über die Kontagiosität des Lupus vulgaris, von Konrad Burchardi-Baden-Baden. (D. m. W., 1922, Nr. 6, S. 185—187.) Die Nachprüfung der Sternschen Versuche (D. m. W., 1913, Nr. 42) ergab, daß die Tierinfektiosität des Lupus durch die mitverwendeten Gewebsbestandteile hervorgerufen wurde. Die Impfung von Krusten und Eiter von ulzeriertem Hautlupus auf Meerschweinchen ergab keine Tuberkulose der Tiere. Da die Übertragung der Tuberkulose auf andere Menschen durch Gewebsbestandteile praktisch nicht in Frage kommt, besitzt der ulzerierte Lupus der Haut und Nasenschleimhaut nur eine sehr geringe Ansteckungsgefahr. F. Harry-Berlin.

Die Selbstheilung des Skrofuloderma und tuberkulöse Immunstoffe, von A. Jesionek-Gießen. (M. m. W., 1921, Nr. 47, S. 1509.) An den skrofulodermatischen Herden sind zu unterscheiden: 1. Gewebeschwund, die Einschmelzung des ausgebildeten Bindegewebes; es ist die Folge der chemischen Wirkung der Ektotoxine der Tuberkelbazillen. 2. Die Neubildung von Gewebe. Junge, embryonale Bindegewebszellen werden

Digitized by Google

durch den Reiz der Bazillengifte zur Wucherung und zur Bildung epitheloider Zellen gebracht. 3. Auch dieses neugebildete Gewebe unterliegt, zuerst im Zentrum, der für den skrofulodermatischen Prozeß charakteristischen Verflüssigung. Die Einschmelzung der Bindegewebssubstanz geht rascher vor sich als die Verflüssigung der neugebildeten Zellen. Der Bazillenreichtum dieser Massen ist viel größer als derjenige lupöser Gewebe. Endotoxine dürften hier nicht vorhanden sein. Es kommt im Gegensatz zum Lupus durch den Einfluß des Tuberkelbazillengiftes zur Durchsetzung des Gewebes mit Eiterzellen. Die Verflüssigung ist die Folge der Ektotoxine, nicht der Endotoxine und nicht der Eiterkörperchen. Die Reaktionsprodukte zwischen den Ektotoxinen und dem Gewebe werden resorbiert und wirken leukotaktisch. Sowohl die Tuberkelbazillen, wie ihre Ektotoxine, wie die Reaktionsprodukte dieser mit dem infizierten Bindegewebe, wie die neugebildeten Bindegewebszellen einschließlich der neben ihnen vorhandenen Lymphozyten, Plasma und Eiterzellen, wie endlich noch die Produkte der chemischen Reaktion zwischen Ektotoxinen und neugebildeten Bindegewebszellen einschließlich jener exsudativen Zellen können vollständig resorbiert werden, es kommt zur Narbe. Die Ektotoxine verschwinden durch chemische Bindung mit den Bindegewebsfasern und den Elementen des Granulationsgewebes. Die Produkte der chemischen Reaktion zwischen Ektotoxinen und Bindegewebsfasern stellen die Nahrung der Bazillen dar. Die Selbstheilung skrofulodermatischer Krankheitsherde beruht auf chemischen Stoffen, welche durch Reaktion der Ektotoxine mit dem Granulationsgewebe, insonderheit mit den neugebildeten embryonalen Bindegewebszellen entstehen. Die flüssigen Endprodukte verhalten sich gegen die Ektotoxine refraktär; sie werden vom Nachbargewebe aufgenommen und teilen diesem ihre chemische Indifferenz gegen die Ektotoxine mit. Die lokale Gewebsimmunität ist zentralwärts eine absolute, peripherwärts eine relative. Durch Resorption der Refraktärstoffe, die mit den leukotaktischen Stoffen identisch sind, können dann Fernwirkungen erzeugt werden. Dagegen werden Ektotoxine in nennenswerter Menge wohl nicht in die Blutbahn gebracht. Zunächst werden sie an Ort und Stelle gebunden. Ist aber einmal hier der letzte Zellenrest verflüssigt, dann sind auch die Bazillen durch Nahrungsschwund verhungert. Mit ihrem Absterben entstehen Endotoxine, welche im Gegensatze zu den Ektotoxinen vorübergehend akute Entzündungen hervorrufen. A. v. Notthafft-München.

Zur Kenntnis des Tuberkels beim Menschen, von K. A. Heiberg, Finsen-Institut Kopenhagen. (Zbl. f. allg. Path. u. path. An., 1921, Bd. 32, Nr. 6, S. 145—148.) Demonstration eigentümlicher, seltener Vorstadien der gewöhnlichen epitheloiden Zellen. Replik gegen v. Baumgarten, die zum Referat ungeeignet ist.

F. Jacobsohn-Berlin.

Über die Häufigkeit der Wassermannschen bzw. der Ausflockungsreaktion bei Kindertuberkulose, von Rüscher-Cuxhaven-Sahlenburg. (D. m. W., 1922, Nr. 7, S. 221—223.) Das gleichzeitige Vorkommen von Lues bei tuberkulösen Kindern ist selten, wenn man nur die Fälle als luetisch betrachtet, wo Lues klinisch nachweisbar ist. Das Resultat ist wesentlich anders, wenn man sich nur auf den positiven Ausfall der WR oder Ausflockung verläßt. Antiluetisch dürfen nur solche Fälle behandelt werden, die klinisch eine solche Behandlung fordern oder wo die Hartnäckigkeit klinischer als tuberkulös angesehener Symptome bei öfterer positiver WR einen Versuch mit antiluetischer Behandlung rechtfertigt. F. Harry-Berlin.

Die Verwendbarkeit diagnostischer Tuberkuline, von E. Diehl-Karlsruhe. (M. m. W., 1921, Nr. 43, S. 1392.) Moros Tuberkulin ist dem Höchster ebenbürtig, manchmal überlegen (Beimischung von bovinem Tuberkulin bzw. stärkere Konzentration, bzw. frühere und stärkere Reaktionswirkung, Cave zu frühe Ablösung vor Abklingen der nicht spezifischen Reaktion!). Im Handel kommen auch anderweitige minderwertige, unkontrolliert hergestellte Tuberkuline vor. A. v. Notthafft-München.

Zur Vereinfachung der kutanen Tuberkulinprobe, von M. Brandes-Dortmund. (M. m. W., 1921, Nr. 43, S. 1392.) An Stelle des Pirquetschen Bohrers oder des Feerschen Schmirgelpapiers verwendet Brandes seit langem vor der Tuberkulineinreibung Abreibung mit Kieselgur mit gutem Erfolg. A. v. Notthafft-München.

Vergleichende Untersuchungen über die Zuverlässigkeit des Kochschen Alttuberkulins und des diagnostischen Tuberkulins nach Moro, von Leo Meyer-Würzburg. (M. m. W., 1921, Nr. 40, S. 1286.) Beobachtungen an Kindern. Von 126 positiven Reaktionen zeigte Mercks Alttuberkulin 30%, Höchster Alttuberkulin 75% und Moros diagnostisches Tuberkulin 98% an. Waren Moro und Koch positiv, so war doch die erstere Reaktion immer ausgeprägter. Die Gesamtmehrleistung des Tuberkulins

Digitized by Google

Moro gegenüber dem Höchster Tuberkulin war in 43, gegenüber dem Alttuberkulin Merck in 73, zusammen in 116 Fällen = 79% der + und ± Reaktionen gegeben. Bei klinisch und röntgenologisch festgestellter Tuberkulose stand das Morosche Tuberkulin an der Spitze, wenn es auch nahe von dem Alttuberkulin Höchst erreicht wurde, während Alttuberkulin Merck weit zurückstand. Bei den nicht sicheren, aber auf Tuberkulose verdächtigen Fällen zeigte Moro in 23% mehr positive Resultate als Alttuberkulin Höchst. A. v. Notthafft-München.

Tagesgeschichtliche Mitteilungen.

87. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Leipzig, 18. bis 24. September 1922. In Abteilung 26 (Dermatologie und Syphilis; Einführender: Prof. Rille, Johannisplatz 1) sind bis jetzt folgende Vorträge angemeldet worden: Arzt-Wien, Die Mikrosporie (Aufklärungsfilm); Die Allgemeinexantheme bei Mikrosporie (Mikrosporide); Bergel-Berlin, Der Abbau der Syphilisspirochäten durch die Reaktionsmittel des Organismus; Buschke und Peiser-Berlin, Über die biologische Wirkung des Thalliums mit besonderer Berücksichtigung der Alopezie; Delbanco und P. Unna jr.-Hamburg, Zur Klinik und Anatomie der papulonekrotischen Tuberkulide; Frühwald-Leipzig, 1. Behandlung der Alopecia areata; 2. Organotherapie auf Grund der Abderhaldenschen Reaktion; 3. Demonstrationen über Kaninchensyphilis; Galewsky-Dresden, Demonstration von Moulagen: a) Ulcus vulvae Lipschütz bei einem Kinde; b) Talgdrüsennävi im Verlaufe der Voigtschen Linien; c) Lymphangiome; d) Lupus erythematodes; e) Ulerythema ophryogenes; Gans-Heidelberg, Gewebsatmung und Röntgenwirkung; Hesse-Düsseldorf, Über indirekte Beeinflussung lokaler Hautleiden durch Allgemeinbestrahlungen; Hübner-Elberfeld, Zur Behandlung der Psoriasis vulgaris; Igersheimer-Göttingen, Zur allgemeinen Pathologie der Syphilis am Auge und an der Sehbahn; Kiess-Leipzig, Zur Naturgeschichte der Krätzmilbe; Krebs-Leipzig, Die Maststaphylokokkenvakzine Staphar in Kombination mit Terpentinöl bei der Behandlung von Hautkrankheiten; Kumer-Wien, Zur Frage der Acne telangiectodes; Kyrle-Wien, Zelluläre Blutreaktion und individualisierende Syphilisbehandlung; Lorenz und Delbanco-Hamburg, Zur Biologie des Gonokokkus und zur Prognose der männlichen Gonorrhoe; Luithlen-Wien, Die Abhängigkeit der Lebenstätigkeit der Haut von ihrer chemischen Zusammensetzung; Meirowsky-Köln, Untersuchungen über die Dopareaktion und das Wesen der Pigmentbildung; Mulzer und Plaut-München, Neuere Ergebnisse auf dem Gebiete der experimentellen Syphilisforschung; Oelze-Leipzig, Über eine neue Methode der Diagnose und Therapie in der Urethra; Oppenheim-Wien, Syphilisverlauf und Jarisch-Herxheimer-Reaktion; Pils-Wien, Über Melkerknoten; Posner-Berlin, Sterilität beim Manne; Pulay-Wien, 1. Die Blutchemie in ihrer Bedeutung für die Dermatologie; 2. Über Quellungs- und Entquellungserscheinungen in ihrem Einflusse auf pathologische Prozesse an der Haut und die Bedeutung der Gewebsdiuretika in der Therapie der Dermatosen; 3. Vegetatives Nervensystem und Haut; Pulay-Wien, Referat über Stoffwechselfragen in der Dermatologie; Riecke-Göttingen, Über ein Salvarsan-Exanthem und -Enanthem; Riehl-Wien, Die Spuren des elektrischen Starkstromes an der Haut; Rille-Leipzig, Demonstrationen von Hautkranken; Salomon-Koblenz, Bemerkungen zur Syphilisbehandlung; Šavnik und Truttwin-Prag, Neuartige medikamentöse Behandlungsweisen in der Dermatologie und Venerologie; Ullmann-Wien, Die intravenöse Zufuhr in ihrer Wirkung auf die Leber und andere Organe, speziell für Arsen und die gleichartige Arzneigruppe; Winkler-Wien, 1. Chemotherapeutische Versuche bei Hautkrankheiten; 2. Über Nävuszellen; Wolff-Wiesbaden, Über meine Erfahrungen mit dem Quéry-Serum während nahezu drei Jahren ausschließlicher Anwendung desselben; v. Zumbusch und Erich Müller, Referate über Behandlung der kongenitalen Syphilis (gemeinsam mit der Abteilung für Kinderheilkunde). R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

12. August 1922 | Nr. 32 | Band 75

Aus der Dermatologischen Universitätspoliklinik und Klinik in München
(Vorstand: Prof. Dr. L. Ritter v. Zumbusch).

Die Beseitigung von Teleangiektasien mittels Spitzbrenner in iontophoretischer Anästhesie.

Von

Dr. Franz Wirz, Assistent.

Pokorny[1]) hat letzthin die Vorteile angegeben, welche die Verwendung der Glühnadel bei der Behandlung von Teleangiektasien vor allen anderen Methoden, als da sind Elektrolyse, Kohlensäureschneebehandlung, Skarifikation usw., unzweifelhaft auszeichnet. Die Kreibichsche Klinik hat sich deshalb die Glühnadel als therapeutisches und kosmetisches Hilfsmittel dauernd zu eigen gemacht. Pokornys Mitteilung gibt Veranlassung, das Verfahren bekannt zu geben, das an der v. Zumbuschschen Poliklinik seit längerem erfolgreich angewandt wird, und welches der Methode Pokornys gegenüber noch einige sehr wesentliche Vorzüge besitzt, bzw. seine Methode ergänzt.

Das Verfahren besteht darin, zunächst die zu behandelnde Hautste auf iontophoretischem Wege anästhetisch zu machen. Ich tue das grundsätzlich, auch wenn es sich nur um eine linsengroße Stelle handelt, aus folgenden Überlegungen heraus: die Schmerzhaftigkeit in Verbindung mit der psychischen Wirkung, welche die glühende Nadel oder der Glühbrenner verursacht, zumal im Gesicht und insbesondere nahe an den Augen, ist zwar starken subjektiven Schwankungen unterworfen, ist aber auch bei unempfindsamen Patienten immerhin derart, daß sie zu unwillkürlichen Zuckungen und Abwehrbewegungen führt; diese sind störend, hindern ein ruhiges und sicheres Arbeiten; der Behandelnde kann sich nicht mehr ganz auf die Präzision seiner Tätigkeit konzentrieren, die unbedingt erforderlich ist, sondern muß auf den Patienten Obacht geben — Vorgänge, die, so kleinlich sie zu sein scheinen, doch erfahrungsgemäß bei jeglicher kosmetisch-operativen Therapie oft von Einfluß auf den Endeffekt zu sein pflegen. Wenn dies besonders für empfindliche Patienten selbst bei kleinen Herden gilt, so macht es sich auch bei unempfindlichen Patienten mit größeren Herden, beispielsweise einer über das ganze Gesicht netzförmig ziehenden Rosazea unangenehm bemerkbar. Es ist unmöglich, in einer Sitzung 50 oder gar 100 kleinste Gefäße exakt zur Koagulation zu bringen, wenn der Patient jedesmal einen Schmerz empfindet.

[1]) Derm. W., 1922, Nr. 13.

Digitized by Google

Den zweiten, ebenso wichtigen Grund zur Anästhesierung habe ich bereits kurz in meiner Abhandlung über therapeutische Versuche mittels perkutaner Elektrolyse (Derm. W., 1922, Nr. 14) erwähnt: die Anästhesie mit meiner Lösung verursacht gleichzeitig eine totale Anämie, welche sämtliche Teleangiektasien pathologischer Art, seien es Nävusschlingen oder Rosazeagefäße, die keine kontraktilen auf Adrenalin reagierenden Elemente besitzen, auf weißen Grund stellt; indem sie das bei den meisten Naevi flammei und auch bei der Rosazea vorhandene diffuse Erythem vollständig zum Verschwinden bringt, verleiht sie den zu zerstörenden Gefäßen einen Kontrast mit ihrer Umgebung, der ein müheloses Erkennen mit dem unbewaffneten Auge und ein präzises Treffen mit der Nadelspitze ermöglicht. Diese Anämisierung schützt die noch physiologisch wichtigen oberflächlichen Gefäßchen, indem sie dieselben zur Kontraktion bringt und dadurch dem Auge verbirgt; man kann daher auch im geschädigtsten und dünnsten Gewebe, wie es z. B. eine Röntgenatrophie darbietet, arbeiten, ohne die geringste Hautnekrose befürchten zu müssen.

Wie die iontophoretische Anästhesierung vonstatten geht, habe ich ebenfalls in der erwähnten Veröffentlichung beschrieben; hier möchte ich noch hinzufügen, daß kleine, runde oder ovale oder rechteckige, auf $^1/_2$ mm Dicke dünngewalzte Bleiplättchen am zweckmäßigsten als differente Elektroden verwandt werden; auf das 3—4 mm den Rand des Metalls überragende Zellstoffpapier in einfacher oder doppelter Lage werden so viel Tropfen meiner Lösung gebracht, als nötig sind, um das Papier gut zu durchtränken. Auf das exakte Anbiegen der Elektrodenplatten an die Oberfläche des Herdes möchte ich nochmals ausdrücklich hinweisen, weil davon der Effekt einer gleichmäßigen Anästhesie im höchsten Grade abhängt. Die Lösung läßt man sich am besten von seinem Apotheker nach dem Rezept[1]) herstellen:

Rp.	Cocain. hydrochloric.	0,2
	Sol. Suprarenin. 1/1000	0,5
	Aqu. dest. ad	10,0

Noch auf eines ist besonders bei Gesichtsoperationen zu achten, nämlich, daß niemals die geringste direkte Berührung zwischen leitendem Metall und Haut zustande kommen darf, auch nicht mit dem Ansatz der Leitungsschnur; es gibt sonst unweigerlich eine lochförmige 1—2 mm tiefe Nekrose selbst bei kleinster Berührungsstelle, die mit einer pockenähnlichen Narbe abheilt. Der Behandelnde muß deswegen selbst die differente Elektrode aufgedrückt halten und bei plötzlicher Schmerz-

[1]) Die zu meinen ersten Versuchen benutzten Lösungen wurden mir in liebenswürdigster Weise von der Firma Hugo Rosenberg, Physiol.-Chem. Laboratorium Freiburg i. B., Herstellerin des „Eusemin", zur Verfügung gestellt, wofür ich auch an dieser Stelle nochmals ergebenst danken möchte! Bei der Herstellung der Lösung ist auf folgendes zu achten: Kokain wie Suprareninlösung müssen chemisch absolut rein sein, da die geringste Beimengung fremder Elektrolyte einer wirkungsvollen Iontophorese von Kokain und Adrenalin hinderlich sein würden. Aus dem gleichen Grunde ist für die Gläser oder Ampullen Fiolaxglas (Schott, Jena) zu verwenden; bei anderen Glassorten würden Alkalibestandteile in Lösung gehen und Kokain ausfällen und die Iontophorese damit wirkungslos machen. Die Lösung darf nicht erhitzt werden! Eine Sterilisation erübrigt sich.

Digitized by Google

äußerung des Patienten sofort den Strom ausschalten, denn ganz plötzlich auftretender intensiver Schmerz pflegt einen unerwünschten Kontakt durch unbedachtes Verschieben der Elektrode mit sofortiger Ätzwirkung anzuzeigen. Im übrigen braucht man für diese ganz oberflächlichen Eingriffe nur eine ganz schwache Anästhesie, die mit 4—10 Milliampere in 5—8 Minuten gut erreicht ist. Die Milliamperezahl richte man ganz nach der Empfindlichkeit des Patienten! Sein Empfinden soll niemals über ein Prickeln oder leicht erträgliches Brennen hinausgehen. Ein- und Ausschalten des Stromes muß langsam geschehen, um Zuckungsschmerzen zu vermeiden. Die indifferente Elektrode, für welche ich eine Armmanschette angegeben habe, muß in Ermanglung dieser jedenfalls eine Fläche von 300—500 qcm, also über Handgröße, haben, da kleinere Elektroden, auch wenn sie gut angefeuchtet sind, von der Kathode aus — die Anästhesielösung wird von der Anode aus dissoziiert — unnötiges lästiges Brennen verursachen.

An Stelle der Glühnadel Pokornys verwende ich einen Platinspitzbrenner, der wie eine Nähnadel zugespitzt ist und durch eine Platinspirale, die um seinen Schaft geführt ist, elektrisch erhitzt wird und wie jeder andere Galvanokauter angeschlossen wird. Diese elektrische Brennadel hat jener Glühnadel gegenüber folgende Vorzüge: ihr Hitzegrad ist genau regulierbar und konstant; ich brauche nicht immer wieder nach jedem einzelnen Brennen die Hand abzusetzen, um die Nadel zu erhitzen, was nicht nur zeitraubend, sondern für Auge und Hand auf längere Dauer ermüdend ist. Die elektrische Brennadel erlaubt ein ununterbrochenes Punktieren wie auf der Kupferplatte, so daß in wenigen Minuten eine ganze Gesichtshälfte von Rosazeagefäßen beispielsweise gesäubert sein kann.

Was nun die Technik des Punktierens selbst anbelangt, so gelten dafür folgende Vorschriften: der Brenner darf an der Spitze nicht glühen, die Spirale selbst nur rotglühend sein, damit sie nicht blendet; die Rotglut des Nadelschaftes muß etwa 1 mm vor der Spitze aufhören; am besten läßt man den Brenner ausprobieren. Man kann ihn durch einmaliges Vorziehen oder Zurückschieben der Heizspirale genauestens eichen und von Fall zu Fall außerdem mit dem Rheostaten regulieren. Um eine gute, sichere Führung zu haben, überzieht man das freie Stück des normalerweise 10—12 cm langen Brenners mit einem Stück Gummischlauch, das man an beiden Enden, vor Spitze und vor Ansatz der Leitungsschnüre, über durchlochte Korken befestigt. Man kann dann den Brenner wie einen Federhalter in die Hand nehmen. Die Nadelspitze ist nicht weiter als 2—3 cm von den Fingerkuppen der haltenden Hand entfernt. Diese — gewöhnlich die rechte — stützt man mit dem kleinen Finger oder dem Kleinfingerballen in die Nähe des Herdes auf. Nun berührt man ganz kurz mit der elektrisch erhitzten Nadel die Haut über einem Gefäß in punktierender Weise, ohne etwa hineinzustechen oder auch nur länger als den Bruchteil einer Sekunde zu verweilen, der nötig ist, um eine Koagulation zu setzen, und sieht das Gefäß sofort verblassen. Diese punktförmig gesetzte Koagulation des Epithels ist ausreichend, um das Gefäß darunter in Mitleidenschaft zu ziehen. In dieser Art punktiert man hintereinander sämtliche Gefäße. Manche kurze verschwinden bei einmaliger Berührung mit der Brennadel, andere längere werden strecken-

Digitized by Google

weise, etwa alle 2—3 mm punktiert, bis auch sie ganz obliteriert sind. Es schadet nichts, wenn man ein kleines Gefäß einmal ansticht und eine punktförmige Blutung setzt; bei größeren, beispielsweise den Rosazeastammgefäßen, soll man das Anstechen unbedingt vermeiden, man muß sonst nachbrennen, um die Blutung zu stillen und setzt damit Nekrosen, die immerhin kleine grübchenförmige Närbchen hinterlassen. Solche größeren Gefäße geht man derart an, daß man sie von beiden Seiten her punktiert, einengt und so mit zwei seitlichen Ignipunkturen zur Koagulation bringt. Ratsam ist es jedenfalls für den Ungeübten, einen Stieltupfer mit Eisenchloridlösung zur Hand zu halten, um damit selbst die kleinste Blutung sofort stillen zu können, auch schon um andere Gefäße des Operationsfeldes nicht durch Blut zu verdecken. Es bilden sich nun an solchermaßen behandelten Stellen winzig kleine Krusten, die nicht einmal die Größe eines Stecknadelkopfes erreichen dürfen, wenn man richtig punktiert hat; diese Krüstchen, die beim Waschen vor Abkratzen zu bewahren sind, fallen im Verlauf von 6—10 Tagen ab ohne Spuren von Narben zu hinterlassen, da nur das Epithel geschädigt wurde. Manchmal, zumal im Anfang dieser derart geübten Methode, zeigen sich dann noch einige Gefäßchen, die man in einer zweiten Sitzung nach etwa 14 Tagen entfernt, und hat einen endgültigen kosmetischen Effekt erzielt, wie er mit keiner anderen Methode möglich ist.

Geeignet für diese Behandlungsart sind sämtliche pathologische Gefäßerweiterungen der Haut, vor allem die Spinnennävi, die Teleangiektasien im Bereich der Nase bei Potatoren und Leuten, die viel dem Wetter ausgesetzt sind, die Rosazeagefäße, die Teleangiektasien nach Röntgenschädigung, die senilen Hämangiome, schließlich die Naevi flammei und vasculosi, bei welch letzteren mit Punktierung unter Anästhesie alle einzeln sichtbaren oft punktförmig gegen das Epithel mündenden Gefäße zu beseitigen sind, und höchstens eine leichte diffuse Rötung auf Grund der allgemeinen Kapillarerweiterung, auch der physiologischen, notwendigerweise zurückbleibt. Die Aufzählung beginnt mit den für den Anfang am einfachsten und leichtesten zu behandelnden kosmetischen Störungen.

Aus der dermatologischen Abteilung des Städt. Rudolf-Virchow-Krankenhauses zu Berlin (Dirigierender Arzt: Prof. Dr. Buschke).

Über annuläre Erytheme.

Von

Dr. Ernst Sklarz, Oberarzt der Abteilung.

Vor kurzer Zeit ist in der „Dermatologischen Zeitschrift“ (1922, Bd. 36, Nr. 2) eine Arbeit über einen interessanten Fall von figuriertem Erythem bei einem 12jähr. Mädchen aus der Bonner Hautklinik erschienen. Der Autor, Rudolf Strempel, will das Krankheitsbild unter dem von E. Hoffmann dafür empfohlenen Namen Erythema microgyratum perstistens geführt wissen. Besondere Gründe, auf die ich weiter unten noch zu sprechen kommen werde, geben mir Veranlassung, das Thema

Digitized by Google

der annulären Erytheme anzuschneiden, zumal da ich auch in der Lage bin, einen Beitrag zur Kasuistik dieser gewiß seltenen Eruptionen zu bieten.

Anamnese. Die 35jähr. Pat. A. E., Dienstmädchen, wurde am 21. II. 1922 auf die dermatologische Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses (Prof. Dr. Buschke) aufgenommen. Sie ist früher angeblich nie ernstlich krank gewesen. Im Jahre 1918 hat sie zum ersten Male an der Beugefläche des rechten Oberarmes eine kreisförmige Rötung bemerkt, die nach einigen Wochen wieder verschwunden sei. Im Sommer 1921 habe sich an der gleichen Stelle von neuem eine kreisförmige Rötung eingestellt, eine zweite habe sich bald darauf etwas weiter distalwärts gezeigt. Zu gleicher Zeit etwa habe sie über dem rechten Ellenbogen zwei rote Kreise bemerkt. Alle diese Eruptionen seien, da sie keinerlei Schmerzen oder sonstige subjektive Beschwerden bereiteten, nicht behandelt worden.

Insbesondere findet sich in den Angaben der Vorgeschichte kein Hinweis auf eine gegebenenfalls bestehende Lues oder Tuberkulose.

Wegen Juckens am ganzen Körper, das seit kurzem bestehe und sich besonders abends bemerkbar mache, habe sie sich aufnehmen lassen.

Befund. Ausreichender Ernährungs- und Kräftezustand. Innere Organe und Nervensystem weisen keine Abweichungen von der Norm auf. Über den Rumpf und die Extremitäten verstreut zahlreiche typische Skabieseffloreszenzen.

Temperatur: normal.

Urin: Alb. Ø, Sacch. Ø.

An der Beugefläche des linken Unterarmes, 2 cm vom Handgelenk entfernt, befindet sich ein kreisrunder geschlossener Herd von 5 cm Durchmesser. Die Peripherie ist gerötet, von urtikarieller Beschaffenheit, leicht infiltriert und aus einzelnen, erbsen- bis linsengroßen, papulösen, teilweise gering schuppenden Effloreszenzen zusammengesetzt, zwischen denen sich eben die urtikariellen Verbindungsbrücken befinden. Die von diesem beschriebenen Wall umschlossene Haut zeigt normalen Charakter. Oberhalb dieses Herdes und 5 cm von ihm entfernt ist ein halbkreisförmiger, ebenfalls erhabener, leicht schuppender Wall sichtbar, der ebenso wie jener aus papulösen Effloreszenzen und urtikariellen Zonen zusammengesetzt erscheint. Der Radius des Halbkreises beträgt etwa 3 cm, auf der dem fehlenden Halbbogen entsprechenden Linie findet sich eine linsengroße, papulöse, leicht infiltrierte und mäßig schuppende Effloreszenz.

Auf der Streckseite des rechten Unterarmes, vom Olekranon beginnend, ist ein mehr ovaler Herd sichtbar. Der Längendurchmesser beträgt 8 cm, der quere Durchmesser 4 cm. Der Rand ist erhaben, schuppt ganz leicht, ist fragmentiert und besteht aus einzelnen papulösen Effloreszenzen. Im Innern des Ringes findet sich normale Haut.

Auf der Streckseite des rechten Oberarmes, etwa 2 cm vom Olekranon entfernt zeigt sich ein ovaler, ungefähr 5 cm langer und 3 cm breiter Herd, der gerötet, leicht infiltriert und schuppend ist. Dieser Herd ist der einzige, der auch im Innern Rötung und geringe Infiltration aufweist. Die Peripherie ist jedoch auch hier mehr erhaben als das Zentrum. Sie ist nicht aus einzelnen papulösen Effloreszenzen zusammengesetzt, sondern hat fortlaufenden Charakter. An der Innenseite der Randzone verläuft ein ganz schmaler Streifen normaler Haut.

Alle Erythemwälle haben durchschnittlich eine Breite von 3—5 mm.

Verlauf: 25. II. 1922. Nach viermaliger Einreibung mit 30%iger Schwefelvaseline hat das Jucken nachgelassen. 27. II. Probeexzision eines Hautstückchens aus der untersten Effloreszenzengruppe des linken Unterarmes (histologischer Befund: siehe weiter unten). 2. III. WR im Blut: Ø. SGR im Blut: Ø. Erythemstellen: Pilze: Ø. 5. III. Die Skabieseffloreszenzen sind völlig abgeheilt. 15. III. Ichthyolumschläge haben keine Veränderung an den Herden hervorgerufen. 1. IV. Die Herde sind abgeflacht, zeigen jedoch noch Infiltration. Die papulösen Effloreszenzen sind überall zu zusammenhängenden Kränzen zusammengeflossen, die stärkere Schuppung aufweisen. 6. IV. Die Rötung läßt nach, die Abflachung macht Fortschritte. 13. IV. Die peripherischen Ränder haben das Niveau der normalen Haut wieder erreicht, zeigen blaßrote Verfärbung, die Schuppenbildung ist geringer geworden. 18. IV. Röntgendurchleuchtung der Lunge ergibt: beide Hili streifig und fleckig. Spitzen frei. 25. IV. Die Erythemstellen zeigen noch ganz geringe Schuppung und sind blaßrot verfärbt. 1. V. Keine Veränderung. 10. V. Keine Schuppung mehr. Die Herde sind ihrer früheren Umgrenzung nach noch vollkommen

Digitized by Google

zu erkennen, zeigen blaßrosa livide Verfärbung, stellenweise ist der bestehende Ring oder sein Areal schwach bräunlich pigmentiert.

Die Patientin wird auf ihren eigenen Wunsch als gebessert entlassen.

Die histologische Untersuchung des exzidierten Hautstückchens ergab leichte Spongiose der Hornschicht. An einigen wenigen und äußerst klein begrenzten Stellen geringe Parakeratose. Sehr starkes intra- und interzelluläres Ödem im Bereich des Rete Malpighi. Um die Kerne der Stachelzellen herum finden sich teilweise erhebliche Vakuolen, die Grenzen zwischen Epithel und Papillarkörper sind durch die starken ödematösen Spalten zwischen den Basalzellen unscharf. Wenige Wanderzellen im Epithel, keine Mitosen.

Sehr starkes Ödem der Papillen, die dadurch an ihrer Spitze keulenförmig aufgetrieben sind und an ihrer Basis verjüngt erscheinen. Die venösen Anteile der Papillargefäße und das Gefäßnetz der subpapillären Schicht sind stark erweitert. Außerordentlich starkes Ödem in der Kutis und bis in die Subkutis hinabreichend, so daß sich erhebliche Spalten und Lücken im Gewebe finden. Dichtes Bindegewebszelleninfiltrat um die Gefäße und bis in die Papillen hinein sich erstreckend. Mäßig zahlreiche Rundzellen. Bei der Färbung mit polychromem Methylenblau erweisen sich die Mastzellen als vermehrt. Keine Plasmazellen, keine eosinophilen Zellen. Bakterien lassen sich nicht finden.

Es handelt sich also um das Auftreten eines merkwürdigen, figurierten Exanthems, das, wenn man der Eruption vom Jahre 1918 denselben Charakter unterstellt, noch die Besonderheit aufweist, daß es mit dem beobachteten Schub zum zweiten Male auftritt, wie auch bei einem ähnlichen Fall von Otto Sachs (Verhandlungen der Deutschen Derm. Ges., VII. Kongreß, Breslau 1901) mehrere Rezidive auftraten.

Wenn man auch hinnehmen muß, daß die negative WR nicht gegen Lues, an die der Befund beim ersten Blick denken ließ, zu sprechen und daß die negative Anamnese nichts zu besagen braucht, so lassen doch der Verlauf und vor allem der histologische Befund Syphilis und Tuberkulose mit Sicherheit ausschließen. Die Biopsie ließ von vornherein an eine Gruppe von Exanthemen denken, die Unna als makulo-papulöse Form der idiopathischen Erythantheme bezeichnet hat. Nicht in Betracht kommt auch das Granuloma annulare (Erythema elevatum et diutinum, R. Crocker), dessen Charakteristik durch die grundlegenden und zusammenfassenden Arbeiten aus der letzten Zeit (Graham Little, Arndt, Klaussner, Liebreich [Literatur bis 1916: Arch. f. Derm., 1916, Bd. 123, Nr. 5], Grütz und Hornemann [Arch. f. Derm., 1921, Bd. 136, Nr. 1]) endgültig, wenigstens der Klinik und Histologie nach, geklärt zu sein scheint. Auch ein Erythema exsudativum multiforme im gewohnten Sinne dürfte auszuschließen sein, sicherlich eine parasitäre, auf der Wirkung von Bakterien oder Pilzen beruhende Erkrankung.

Man ist also in unserem Falle wohl berechtigt, die Diagnose auf ein Erythema annulare zu stellen, d. h. auf eine Affektion erythematös-urtikariellen Charakters, bei der es an einigen Stellen durch übermäßige Ödemansammlung zur Ausbildung von papulösen Effloreszenzen kommt.

Es ist als sicher anzunehmen, daß die Zahl derartiger Erytheme weit größer ist, als man im allgemeinen glaubt. Da ihre Formen in den

Digitized by Google

klinischen Zeichen voneinander stark abweichen können und man sowieso über ihre Ätiologie nichts Genaues weiß oder nur ungewisse Vermutungen hat, wird selbst von den wenigen veröffentlichten Fällen nicht jeder unter dieser Bezeichnung registriert. Da nun an sich die Dermatologie schon die namenfreudigste Disziplin ist, dürfte es sich empfehlen, auch Strempels Fall, ohne ihn mit einem neuen Namen zu belegen, unter diese große Gruppe, zu der er doch wohl gehört, einzureihen. Dieser Vorschlag findet Unterstützung in einer ausgezeichneten Abhandlung Dariers, die Strempel entgangen zu sein scheint, und die sich in den „Ann. de Derm. et de Syph.", 1916/17, 5. Serie, Bd. VI, Nr. 2 findet. Darier betitelt seine Arbeit „De l'érythème annulaire centrifuge (Erythème papulo-circiné migrateur et chronique) et de quelques éruptions analogues." Er läßt bei der Beschreibung mit Absicht alle diejenigen Ringformen außer acht, die das Endresultat und die Schlußform eines Erythema exsudativum multiforme (Hebrae) bilden. Er hält es für zwecklos, diese an sich schon große Gruppe zu erweitern, um so mehr, als sich die Krankheitsbilder dieser Gruppen von den von ihm beschriebenen Erythemen durch die subjektiven Beschwerden der Kranken, das klinische Bild der Effloreszenzen und ihre Lokalisation, durch die relativ begrenzte Dauer der Morphen und durch den histologischen Befund genugsam unterscheiden.

Kurz erwähnt er auch nur die Ringformen, die sich mitunter bei Diabetes finden, und die u. a. Danlos beschrieben hat.

Darier handelt allgemein die annulären Erytheme in zwei großen Gruppen ab:

I. Erythèmes annulaires centrifuges (Erythèmes papulo-circinés migrateurs et chroniques.

II. Analoge Formen anderer Art:

a) Eczématides papulo-circinées migratrices,

b) Dermatites herpétiformes, variété papulo-circinée,

c) Impétigos circinées à grands anneaux migrateurs.

Das Gemeinsame aller dieser Affektionen ist die Chronizität bzw. das Redizivieren, die Ringform, die sich durch Fragmentierung und Verschmelzen benachbarter Kreise laubgewindeartig oder girlandenförmig präsentieren kann, und das auf diesem Vorgang und der Ausbreitung der einzelnen Herde beruhende „Wandern".

Die besonderen Kennzeichen der reinen annulären Erytheme sind nach Darier, daß die Wülste im ganzen induriert erscheinen und nie Schuppung aufweisen. Im histologischen Bilde fänden sich mäßiges Ödem des Papillarkörpers, wenig hervortretende, verstreute Infiltratherde zellulärer Natur, dichte, perivaskuläre Einscheidung der Gefäße, die aus Lymphozyten und kleinen Bindegewebszellen bestünde. Wenig polynukläre, selten Mast-, keine Plasmazellen. Zwei Beobachtungen, die in diese Gruppe gehören, stellen die Fälle von Sachs (s. oben) und Lipschütz („Über eine seltene Erythemform. Erythema chronicum migrans." Arch. f. Derm., 1913, Bd. 118) dar, von denen der Fall des erstgenannten Autors, wie bereits erwähnt, auch durch das Rezidivieren der Erkrankung ausgezeichnet ist.

Aus der zweiten großen Gruppe Dariers fallen für unsere Betrachtung die unter b) und c) genannten Dermatosen deswegen fort, weil sie nur

Digitized by Google

spezielle Formen der genügend charakterisierten Dermatitis herpetiformis bzw. der Impetigo darstellen.

Von besonderem Interesse dagegen ist noch die Gruppe der Ekzematide. Sie unterscheiden sich nach Darier von den reinen Erythemformen vor allem durch die Schuppung. Im histologischen Bilde seien neben einer Spongiose der Hornschicht vor allem viele Wanderzellen in der Epidermis zu sehen. Der Papillarkörper sei sehr ödematös und mit lymphoiden Zellen infiltriert, das Ödem des Koriums sei geringer. In älteren Herden sollen sich bisweilen zentrale Desquamation, Krüstchen und zahlreiche Pigmentzellen finden.

Daneben gibt es — das betont Darier ausdrücklich — eine ganze Anzahl von Übergangsformen zwischen den reinen Erythemen und den Ekzematiden, und es erscheint kaum zweifelhaft, daß, wenn man Dariers Einteilungsprinzip annimmt, der Strempelsche Fall in die erste Abteilung, der unsrige in die Übergangsformen gehört. Es dürfte sich aber empfehlen, für die klinische Registrierung keine so strengen Unterschiede zwischen den beiden Arten vorzunehmen, zumal da man ja weiß, daß auch bei reinen Erythemen, besonders wenn sie längere Zeit bestehen und im Abklingen begriffen sind, Schuppenbildung auftreten kann, die noch dazu bei unserem Fall z. B. außerordentlich gering, stellenweise überhaupt nicht vorhanden war. Die Effloreszenzen haben bei Strempels Fall nach der Beschreibung nicht geschuppt und — ebenfalls im Gegensatz zu dem unsrigen — zu Petechien geneigt.

Es dürfte also schließlich im Interesse der Sache liegen und eine Erleichterung für die klinische Eingruppierung derartiger Dermatosen bedeuten, wenn man sie weiter unter dem Namen Erythema annulare führen würde. Sie bilden eine im großen und ganzen klinisch und wohl auch histologisch einheitliche Gruppe. In einzelnen Fällen finden sich Abweichungen, die aber für das Gesamtbild so unwesentlich sind, daß ihre gesonderte Benennung entbehrlich erscheint. Erst wenn wir über die Ursache oder den biologischen Mechanismus, die beide noch völlig in Dunkel gehüllt sind, bei der Entstehung derartiger Erytheme etwas Genaueres wissen werden, wird vielleicht die Möglichkeit bestehen, in manchen Fällen trotz gleichen klinischen Bildes von der alten Bezeichnung abzugehen und eine Einteilung und Neubenennung nach der Grundlage vorzunehmen.

Kombination von Heilmitteln bei Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Von

Priv.-Doz. Dr. Hugo Hecht in Prag.

1. Antigonorrhoika.

Es ist eine jedem Praktiker bekannte Tatsache, daß man bei der Gonorrhoebehandlung durch rechtzeitigen Wechsel des Mittels oft einen überraschenden Erfolg erzielt, während bei gleichbleibender Behandlung nur allzu leicht Gewöhnung und Wirkungslosigkeit, ja Verschlechterung

Digitized by Google

eintreten kann. Jedes der zur Zeit gebräuchlichen Mittel hat bestimmte Eigenschaften, die seine Anwendung zeitweilig indiziert erscheinen lassen. Wenn wir ein Antigonorrhoikum nach Tiefenwirkung, Reizlosigkeit und Verläßlichkeit beurteilen und drei Klassen festsetzen, so könnte man folgende Tabelle zusammenstellen:

	Tiefenwirkung	Reizlosigkeit	Verläßlichkeit	Adstringierende Eigenschaft
Protargol	1	2	1	2
Albargin	1	3	1	3
Hegonon	1	1	1	2
Choleval	2	2	2	1
Ichthargan	3	1	3	1
Hydrarg. oxycyanat.	2	1	2	2
$KMnO_4$	2	2	3	3

Die Reihenfolge wäre danach so, daß Hegonon an erster Stelle stände, weil es bei genügender Tiefenwirkung reizlos und verläßlich ist. Dann käme Protargol. Die dritte Stelle würde ich dem Albargin und Hydrarg. oxycyanat. zusprechen, und Choleval an die vierte Stelle setzen. Als letzte und schwächste Mittel wären $KMnO_4$ und Ichthargan anzuführen. In der Nebenkolonne wurde auch der Grad der adstringierenden Fähigkeit bestimmt. Doch spielt diese Eigenschaft bei der Beurteilung eines antigonorrhoischen Mittels eine nebensächliche Rolle. Man muß sie aber kennen und mit in Rechnung ziehen, weil man sonst leicht über den Erfolg getäuscht werden könnte (wie z. B. beim Choleval).

Um die verschiedene Wirkungsweise der Mittel auszunützen, empfiehlt sich folgender Vorgang: Bei ganz frischen Fällen von Urethritis anterior mit starker Eiterabsonderung beginne man mit Choleval $^1/_{1000}$, 3 Spritzen zu 1 Minute, dreimal täglich. Der starke Ausfluß wird bald geringer, und nun lasse man abwechselnd mit Choleval ($^1/_{1000}$) und Hegonon oder Protargol $^1/_4$ % spritzen (2—3 Minuten). Man kann auch Choleval mit den anderen Mitteln mischen. In diesen Fällen weise man den Pat. an, knapp vor der Behandlung mittels eines kleinen Meßglases die Mischung nach Vorschrift vorzunehmen: 1 Teil Hegonon (oder Protargol) + 2 Teile Choleval, später zu gleichen Teilen, schließlich im umgekehrten Verhältnis. Dann entfällt das Choleval und man verschreibt Protargol oder Hegonon $^1/_2$ % + Albargin $^1/_4$ % usw., bis man zum Schluß bei 1% Hegonon (10 Minuten lang) anlangt. Ich empfehle also folgendes Schema, das im allgemeinen Gutes leistet:

1. Choleval $^1/_{1000}$
2. Choleval $^1/_{1000}$ + Hegonon $^1/_4$ %
3. Protargol $^1/_4$ % + Hegonon $^1/_2$ %
4. Albargin $^1/_4$ % + Protargol $^1/_2$ %
5. Hegonon $^3/_4$ % + Protargol $^1/_2$ %
6. Hegonon $^3/_4$ % + Albargin $^1/_2$ %
7. Protargol $^3/_4$ % + Albargin $^1/_2$ %
8. Protargol $^3/_4$ % + Hegonon 1%
9. Hegonon 1%.

Digitized by Google

Man kann auch drei Mittel gleichzeitig anwenden, wenn eine besondere Indikation vorliegt. Mehrere Mittel in einer Lösung zu verschreiben, empfiehlt sich nicht; zunächst aus Sparsamkeitsgründen und dann deshalb, weil bei höheren Konzentrationen in 3—4 Tagen Fällungen entstehen. Das Mischen vor der Behandlung ist sehr bequem und einfach. Dagegen wäre eine Kombination der Mittel in Pastillenform denkbar und sicherlich praktisch.

Durch die so kombinierte Behandlung werden Komplikationen vermieden und die Behandlungszeit der Gonorrhoe abgekürzt. Die nahezu völlige Schmerzlosigkeit der Einspritzungen empfinden die Kranken besonders angenehm.

2. Antisyphilitika.

Die Wahl der verschiedenen Hg-Präparate wird von dem Stadium der Syphilis und der individuellen Veranlagung der Kranken abhängig gemacht. Bei floriden Erscheinungen ist ein rasch wirkendes (lösliches) Präparat zu empfehlen, während für Kuren im Latenzstadium die unlöslichen Mittel geeigneter sind, weil sie länger im Organismus aufgespeichert bleiben und ihn so unter Dauerwirkung nehmen.

Bei florider Lues empfehle ich zunächst 10% Hydr. salicylicum, das in seiner Wirkung einem löslichen Präparate gleichkommt, 3 Spritzen à 1 ccm. Dann 3 Spritzen einer Mischung von Kalomel (1) + Hydr. salicyl. (9) auf 100. Nachher 3 Spritzen von Kalomel (2) + Hydr. salicyl. (8) auf 100. Ferner 3 Spritzen von Kalomel (3) + Hydr. salicyl. (7) auf 100. Schließlich 3 halbe Spritzen von 10% Kalomel. Diese 15 Injektionen enthalten 1,02 g Hydr. salicyl. und 0,33 g Kalomel. Wir haben damit durch das leicht lösliche Hydr. salicyl. die Symptome beseitigt und gleichzeitig mit dem Kalomel ein Depot gesetzt. Für den Kranken bedeutet dieses Einschleichen mit dem sonst schmerzhaften Kalomel eine ziemliche Erleichterung. Und therapeutisch kann diese Kur — auch mit Salvarsan kombiniert — empfohlen werden, da die vielen Rezidive bei der sonst üblichen Behandlung nur auf ungenügende Hg-Behandlung zurückzuführen sind. Darüber soll noch an anderer Stelle gesprochen werden.

Diese Kombination löslicher und unlöslicher Präparate kann so durchgeführt werden, daß man 5% Kalomel und 10% Hydr. salicyl. in einer 1-ccm-Spritze vor Gebrauch mischt oder fünf Fläschchen mit den verschiedenen Mengenverhältnissen, von 1—5 numeriert, vorrätig hält. Letzteres empfiehlt sich besonders für Kliniken, Ambulatorien u. dgl.

Auch Sublimat und Hydr. oxycyanatum in wäßriger Lösung kann mit der Kalomel-Ölemulsion gleichzeitig injiziert werden; man muß nur gut mischen. Andere Kombinationen stellen das Hydr. salicyl. + Embarin oder Kalomel + Embarin.

Bei Behandlung tuberkulöser Syphilitiker hat sich eine Kombination des Hg mit Guajacolum purum bewährt.

Rp. Calomelanose 5,0
Ol. camphorat.
Guajacolum aa 10,0
Ol. oliv. ad 100,0
(Nach Jaquet).

Digitized by Google

Bei einem Syphilitiker, der auch über mangelnde Potenz klagte, wurde mit gutem Erfolge 10% Hydr. salicyl. 1 ccm + 1 ccm Testogan in einer Spritze verabreicht.

3. Vakzinen und Proteinkörpertherapie.

Wenn man nicht die Möglichkeit, hat Eigenvakzine zur Behandlung von Haut- oder Gonorrhoekranken anzufertigen, benutzt man oft mit gutem Erfolge käufliche polyvalente Vakzinen. Häufig lassen auch diese im Stich und man muß versuchen, durch Wechsel von Vakzinen endlich die zu finden, bei der eine günstige Wirkung eintritt.

Ich behandle jetzt von vornherein mit einem Gemisch von Vakzinen und Proteinkörpern. Man kann sogar 3—4 verschiedene Heilmittel in einer Spritze anwenden, z. B. Arthigon + Gonargin + Caseosan + Aolan. Zu empfehlen ist aber jedenfalls bei Verabreichung käuflicher spezifischer Vakzinen die Mischung mit unspezifischen Proteinkörpern. Man kann intramuskulär, subkutan oder intravenös behandeln (Gonorrhoe, Tuberkulosedrüsen, Furunkulose, Acne vulg. u. dgl.).

Die Wirkung scheint insofern besser zu sein, als man weniger Versager sieht. Aber man muß, insbesondere bei intravenöser Darreichung, vorsichtig beginnen, um allzu starke Reaktionen zu vermeiden. Besonders gute Ergebnisse zeitigte diese — intramuskuläre — Behandlung bei tuberkulösen Lymphdrüsenschwellungen durch Kombination von Tuberkulomuzin mit Caseosan oder Phlogetan. Bei Erysipel — ein Fall — schien Streptokokkenvakzine + Milch sehr gut zu wirken. Bei Furunkulose verwendete ich Opsonogen + Caseosan (oder Laktin). Auch bei venerischen Bubonen kann eine Mischung von Proteinkörpern (Milch + Phlogetan oder Caseosan + Phlogetan) mit Erfolg angewendet werden.

Jedenfalls bietet das Prinzip dieser kombinierten Verabreichung die Möglichkeit, die Behandlung abwechslungsreicher zu gestalten. Damit wird auch einer Angewöhnung des Organismus vorgebeugt und der individuellen Eigenart mehr Rechnung getragen.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 20. Juni 1922.

Originalbericht von Dr. L. Klebberg-Berlin.

1. Schumacher: **Worauf beruht die spezifische Wirkung des Hg bei der Luestherapie?** Die Wirkung des Quecksilbers ist weder eine spirillozide, noch eine entwicklungshemmende. Sie beruht auf der katalytischen Beschleunigung der Oxydations- und Stoffwechselprozesse in der Zelle durch die freien, nicht komplexen Hg-Ionen. Die relativ gute Dissoziation der Hg-Serumverbindung, die Nukleinsäure, Freiheit des Syphiliserregers und die Anwesenheit zahlreicher stark nukleinsäurehaltiger Zellen in den syphilitischen Geweben werden für die spezifische Wirkung des Hg verantwortlich gemacht. Die normalerweise einsetzende Heilung und die Abwehrreaktionen des Organismus werden durch das Hg in ihrer Wirkung potenziert, wodurch die syphilitischen Veränderungen zeitlich rascher verschwinden als dies spontan möglich ist. Therapeutisch entfaltet die Schmierkur die beste Wirkung. Mit Hg behandelte Luetiker neigen der erhöhten Oxydationsprozesse wegen zu Körpergewichtsabnahme, Arsenbehandelte zu Gewichtszunahme, da Arsen als Katalysatorengift die Oxydationsprozesse hemmt.

Digitized by Google

Die Sauerstoff übertragende Wirkung der Schwermetallsalze mit ihren Folgen für die Zelle wird durch Demonstrationsversuche an einer Leukomethylenblaulösung illustriert und auch der Nachweis der Silberionen in oligodynamisch gemachtem Wasser mit der neuen Technik geführt und demonstriert.

Einer auf spirillozidem Wege alle erreichbaren Spirochäten vernichtenden Salvarsantherapie hat eine Hg-Therapie zu folgen, um die erfahrungsgemäß zurückbleibenden Erreger durch die indirekte Wirkung des Hg zu vernichten. Eine Heilung der Lues bei frühzeitiger Behandlung mit reiner Salvarsantherapie wird nicht bestritten, zumal das Hg seinen Angriffspunkt erst zu erhalten scheint bei der später erfolgenden Umstimmung der Gewebe. Silbersalvarsanbehandlung ist nicht gleich zu setzen einer zweizeitig kombinierten Salvarsan-Hg-Therapie, dennoch werden die Metallsalvarsane als Bereicherung unseres Arzneischatzes angesehen. (Erscheint ausführlich.)

Krankendemonstrationen.

2. Buschke zeigt: a) eine diffuse **Bronzepigmentierung** bei einem Mann nach einer ausgedehnten fieberhaften **Dermatitis exfoliativa.** Schädigung der Nebennieren?

b) **Ostitis fibrosa** (Paget) der r. Tibia — Fibula intakt — eines älteren Mannes. Für Lues hereditaria keine Anhaltspunkte. Röntgenologisch keine Veränderungen am Periost. Auf das epidemische Vorkommen dieser analogen Erkrankung bei Pferden wird hingewiesen.

c) Mann mit Primäraffekt im Nabel.

d) **Großpapulöses Syphilid** unmittelbar nach ausgedehnter **Salvarsankur.**

e) B. berichtet über die entwicklungshemmende Wirkung des **Thalliums.** Kaulquappen zeigten keine Metamorphose und blieben klein. (Kontrollversuche bei Thymusverfütterung ergaben kleine Frösche.)

f) Zeigt Photographien einer z. Z. auf der Abteilung liegenden Frau mit ausgedehntem **blennorrhoischem hyperkeratotischem Exanthem** der Füße und Vulva. Außerdem besteht eine doppelseitige Gonitis. Auffallende Ähnlichkeit des Krankheitsbildes mit einer rupioden Lues.

3. Sklarz (Abteil. Buschke) berichtet über **zwei Todesfälle an durch Salvarsan provozierter Malaria.** (Im letzten Jahr Häufung derartiger Fälle.) Der eine Fall war als Enzephalitis, der zweite unter dem Bilde eines Typhus oder Sepsis ad exitum gekommen. Sektionsbefund: Tropische Malaria schwerster Art. Demonstration von Milz-, Knochenmark-, Leber- und Gehirnschnitte voller Malariapigment bzw. Gameten in Halbmondform und Plasmodien. Beide Kranke hatten von ihrer Malariainfektion nichts gewußt; der eine war nie aus Deutschland herausgekommen. Bei allen unklaren Krankheitsbildern während der Salvarsantherapie, am besten prinzipiell vor Einleitung jeder Salvarsanbehandlung, ist auf Malaria zu untersuchen. Ein Fall von Malaria wurde inzwischen bei einem Lueskranken, der ebenfalls von seiner Malaria nichts wußte, vor Einleitung der Salvarsanbehandlung festgestellt.

Demonstrationen der Universitäts-Hautklinik.

4. Arndt: a) **Mann mit Dariercher Krankheit** unter dem Bilde eines **halbseitigen systematisierten Nävus** der rechten Brustseite. Histologisch: typischer Darier.

b) Bruder des vorigen Kranken. Ähnlichkeit des Bildes mit einem Recklinghausen oder Chlorakne. Histologisch aber nur **Follikulärzysten.**

c) Mann mit **multiplen Sarkomen der Kopfhaut.** Histologisch ausgedehnte zentrale Degeneration.

d) Patientin mit **herdförmigen essentiellen Teleangiektasien** (Brocq) in der Kniekehle. Struma. Untersuchung auf Basedow negativ.

e) Mädchen mit **Porokeratosis Mibelli.** Streifenförmige, bandartige Herde von mit Hornlamellen bedeckter papulöser Randzone, Atrophie der zentralen Partien.

5. Heyn: a) Demonstration histologischer Präparate von **Granuloma annulare.** (Nach der Probeexzision hatten sich alle Herde spontan zurückgebildet.)

b) H. zeigt zwei **Rezidive** (großpapulöses, pustulöses Exanthem) unmittelbar nach ausgedehnter **Salvarsankur.**

6. Gottron: a) **Hg-Dermatitis** nach **interner** Kalomeldarreichung.

b) **Salvarsanexanthem** bei kombinierter Behandlung. Schmierkur schlecht vertragen. Hg ausgesetzt. Bei weiterer Salvarsanbehandlung kam es dann zum Exanthem.

7. Bruhns: a) Mann mit ausgedehntem **Ulcus gangraenosum.** Auf die prinzipielle Wichtigkeit der Trennung des Ulcus phagadaenicum vom Ulcus molle gangraenosum und gangränösem Primäraffekt wird hingewiesen.

Digitized by Google

b) **Naevus anaemicus** links unterhalb der Klavikula. Dermatoskopisch: Fehlen der Gefäßdilatatoren bestätigt.

c) Ausgedehnte **Keratosis follicularis** nach abgeheiltem **Salvarsanexanthem.**

8. Rosenthal (Klinik Blaschko) berichtet, daß die in der vorigen Sitzung vorgestellten Tumoren unter Röntgentherapie geschwunden seien.

9. Klieneberg: a) Demonstration eines **Schädels** einer im Alter von 64 Jahren verstorbenen **Tabikerin** mit **ausgedehnten luetischen Zerstörungen.** Haut- und Knochenzerstörungen waren allmählich im Siechenhaus aufgetreten. Die Frau hatte immer in Berlin gelebt; von ihrer Lues hatte sie nie etwas gewußt. Die klinisch festgestellte **Mesaortitis luetica** konnte auch bei der Sektion bestätigt werden. Außerdem fand man ein **Gummi** im rechten **Leberlappen.**

b) 44jähr. Mann mit **halbseitigem papulo-nekrotischem Tuberkulid.** Früher Spina ventosa, osteomyelitische Prozesse an beiden Oberschenkeln und Wirbelkaries — jetzt Kyphoskoliose. Histologisch: charakteristisches Bild.

Diskussion. Buschke zu 8: Der Erfolg der Röntgentherapie spricht nicht gegen Sporo- oder Blastomykose.

Pinkus zu 2b: Nach den Befunden von Pick (Krankenh. Friedrichshain) scheint Ostitis fibrosa doch nicht so selten zu sein.

Fachzeitschriften.

The Urologic and Cutaneous Review.

Januar 1922, Bd. 26, Nr. 1.

Die Anwendung der Röntgen- und Radiumstrahlen in der Medizin (The Use of the Röntgen and Radium Rays in Medicine), von William S. Newcomet. Die Wahl zwischen beiden ist bedingt durch die Verschiedenheit ihrer Strahlung und ihrer Anwendung. Röntgenstrahlen wirken viel stärker auf die tieferen Schichten der Gewebe; doch kann, wenn die Einführung des Radiums in diese möglich ist, mit ihm eine gleiche Wirkung ohne Schädigung des zwischenliegenden Gewebes erzielt werden. Es kommt auch in Frage für eine intensive örtliche Bestrahlung. Diese Gesichtspunkte werden an der Hand verschiedener maligner und gutartiger Erkrankungen noch weiter ausgeführt.

Der relative Wert der chirurgischen Radium- und Röntgenbehandlung beim Krebs (The Relative Value of Surgery Radium and X-Rays in Cancer Therapy), von Isaac Levin. Mit den heutigen chirurgischen Methoden allein können ungefähr 20% aller Krebskranken geheilt werden. Die Strahlenbehandlung wirkt nicht nur durch Zerstörung der Krebszellen, wesentlich ist vielmehr die Bildung eines dichten sklerotischen Bindegewebes um sie. Der Vorzug des Radiums vor Röntgen liegt darin, daß derselbe örtliche Effekt durch ersteres erzielt werden kann ohne die bei der modernen Röntgentherapie oft so schwere Allgemeinreaktion. Die Anwendung beider kann durch Sitz und Lage des Tumors begrenzt sein, es ergibt sich die Notwendigkeit der Kombination aller Methoden.

Schutzvorrichtung für den Patienten gegen die oft verhängnisvollen hochgespannten Ströme bei der Röntgenuntersuchung und Behandlung (Screen for Protecting Patients from High Tension Currents, sometimes Fatal, in X-Ray Examination Treatment), von Sinclair Tousey. Der Apparat wird in seiner Anwendung an verschiedenen Körperteilen abgebildet.

Bemerkungen über die Dosierung des Radiums und die Form und Methode seiner Anwendung (Remarcs on the Dosage of Radium and the Form and Method of Its Application), von Carroll Chase. Ratschläge über die Möglichkeit, in sicherster, für den Patienten angenehmster und schmerzlosester Form den besten Heilerfolg mit geringsten Kosten bei Ausschluß der Gefahr einer Schädigung zu erzielen.

Über das Verhalten des Radiums beim Krankroid der Lippe (In Reference to the Behavior of Radium in Cancer of the Lip), von Douglass W. Montgomery und George D. Culver. Die Wirkung des Radiums ist abhängig von der Art der Zellen und des Gewebes, wesentlich ist dessen Blutgehalt und das Stadium der Zellteilung sowie die Reichlichkeit dieser. Mit Rücksicht auf deren Eintritt sind die Bestrahlungen mit tageweisen Unterbrechungen auszuführen. Beim Krebs der Unterlippe wird auf gleich-

Digitized by Google

zeitige Bestrahlung der Submaxillargegend Wert gelegt. Häufig bleibt an der Oberfläche ein Schorf trockener Zellen zurück, der den seborrhoischen Zustand darstellt, aus dem der Krebs sich entwickelt; er erfordert eine Ätzung mit Trichloressigsäure. Dem Radium wird vor der Emanation der Vorzug gegeben.

Beobachtungen an über 500 Fällen über die Erfolge der Behandlung oberflächlicher Epitheliome mit Radium (Superficial Epitheliomata with Results and Observations in the Treatment of more than 500 Cases with Radium), von Rex Duncan. Fast 68% der Fälle hatten vorher eine andere erfolglose Behandlung (Kaustik usw.) erhalten, die, anstatt die tieferen Zellen zu zerstören, sie zu vermehrtem Wachstum anregte. Das Plattenzellen-Epitheliom ist resistenter gegen die Bestrahlung als der Basalzellentypus. Klinisch sichtbare Heilung wurde in 84% erzielt, in frischen Fällen in beinahe 100%.

Bericht über zwei Fälle von Blastomykose (Blastomycosis; Report of two Cases), von David V. Keith. In dem einen Falle bestanden die Hautläsionen vier Jahre lang ohne Metastasenbildung, in dem anderen erfolgte die initiale Infektion anscheinend in der Lunge, die Hauterscheinungen traten erst später auf.

Behandlung der Blastomykose mit Röntgenstrahlen (Treatment of Blastomycosis by Röntgen Rays), von James N. Mc Coy. Heilung zweier Fälle mit alleiniger Röntgenbehandlung.

Bericht eines mit Radium behandelten Falles von Warzen (Verucca vulgaris Treated with Radium), von William J. Young. Sicherer, kosmetisch guter Erfolg.

Die Zweckmäßigkeit der Röntgenbehandlung bei gewissen schwer zu behandelnden Hautkrankheiten (The Rationale of X-Ray Treatment of Certain Intractable Skin Diseases), von Walter S. Lawrence.

Erfolgreiche Radiumbehandlung eines nach einem Trauma entstandenen Sarkoms (Sarcoma, Following Injury, Successfully Treated with Radium), von W. H. B. Aikins.

Die Strahlenbehandlung oberflächlicher Krebse (The Radiological Treatment of Superficial Cancer), von Rollin H. Stevens. Von Wert ist die Behandlung im präkanzerösen Stadium. Basalzellenkrebse von nicht zu großer Ausdehnung und ohne Metastasen geben bei richtiger Technik 100% Heilungen. Die Stachelzellenkrebse sind schwerer beeinflußbar, die Erfolge sind zu vermehren durch Kombination mit Diathermiebehandlung.

Radiumbehandlung im höheren Alter (Radiumtherapy in Senile Cases), von Malford W. Thewlis. Mit anderen Methoden nicht zu erzielende Heilungen von Epitheliomen der Haut, der Lippen, des Rektums, Zungen- und Gebärmutterkrebs.

Kombinierte Anwendung der Zystoskopie und der Röntgenstrahlen bei der urologischen Diagnose (The Combined Use of the Cystoscope and X-Ray in Urological Diagnoses), von Emil E. Hein und John W. Marchildon. Es sind dadurch Störungen aufzudecken, die bei alleiniger Anwendung der Zystoskopie der Beobachtung entgehen.

Die Behandlung des Lippenkrebses mit Radium (The Treatment of Cancer of the Lip with Radium), von Henry F. Wilkens und William C. Gewin. Für die meisten Fälle kann Radium als das Heilmittel par excellence angesehen werden.

Die Röntgenbehandlung gewisser Hautkrankheiten (The Use of the X-Ray in the Treatment of certain Skin Lesions), von Lowell S. Goin. Aufzählung einer großen Zahl von Hautkrankheiten, bei denen die Röntgenbehandlung von großem Werte ist, unter Umständen als Methode der Wahl gelten kann. Krankengeschichten mit zahlreichen Abbildungen.

Radiotherapeutisches über Hautkrebs (Radiotherapeutics on Skin Cancer), von A. Robert Taft.

Röntgenbehandlung eines phagedänischen Schankers (X-Ray Treatment of Phagedenic Chancroid), von Charles Goosman. Schnelle Heilung nach zweimal 1/2 E. D.

Radiologische Maximen (Radiologic Maxims), von Edward H. Skinner.

Februar 1922, Bd. 26, Nr. 2.

Vorläufiger Bericht über Spinal-Anästhesie (Preliminary Report on Spinal Anesthesia), von William C. Lawrence-Winston-Salem, N. C. Die Anwendung ist in der Hand des in ihrer Methode Erfahrenen ungefährlich, für Operationen oberhalb des Kostalrandes unbefriedigender als Äther. Kontraindikationen geben starke Herabsetzung des Blutdruckes infolge von Chok oder Blutungen, vorgeschrittene Myokarditis, intra-

Digitized by Google

thorakale oder mediastinale Geschwülste, Zerebrospinalerkrankungen, Krankheiten, die die Bewegung des Zwerchfells beeinträchtigen (Aszites, Pleuraexsudate). Bei Kindern ist die Anwendung gewöhnlich unbefriedigend. Für Operationen unterhalb des Kostalrandes kann die Spinalanästhesie als Methode der Wahl gelten, sie ist gut anwendbar in der urologischen Chirurgie.

Ein einfaches Mittel zur Bekämpfung von Blutungen nach der suprabubischen Prostatektomie (A Simple Control for the Hemorrhage Hazard in Suprapubic Prostatectomy), von CHARLES E. BARNETT-Fort Wayne, Ind. Beschreibung einer einfachen Vorrichtung, um durch mechanischen Druck die Blutung zum Stehen zu bringen.

Fall von syphilitischer Zerstörung des Penis (A Case of Syphilitic Destruction of the Penis), von HERMAN GOODMAN-New York City. Völliger Verlust des Penis infolge tertiärer, gänzlich unbehandelter Syphilis.

Eigene Untersuchungen und Vergleiche über den Wert des Indigokarmins für die funktionelle Nierendiagnostik (Original Investigations and Comparative Values of Indigo Carmine as a Functional Kidney Test), von CHARLES MELVEN HARPSTER-Toledo, Ohio. Verf. weist auf die große Bedeutung der funktionellen Nierendiagnostik für die Erfolge der Operationen hin und betont, daß der Vorwurf der Unzuverlässigkeit, der von manchen Seiten gegen sie erhoben wurde, bei richtiger Ausführung und sorgfältiger Zubereitung der Lösung hinfällig ist.

Tinea Cruris oder Epidermophyton inguinale (Tinea Cruris or Epidermophyton Inguinale), von JULIAN L. KENDALL-Detroit, Mich. Der Name Tinea cruris für das HEBRASche Ekzema marginatum ist berechtigt wegen des Sitzes, der Morphologie und der Tatsache, daß die Haare niemals ergriffen werden. Es werden allerdings auch andere (Falten bildende) Stellen der Haut befallen, doch muß dann zunächst ein Herd in der Leiste vorangegangen sein.

Bildung eines Harn-Extravasates infolge eines eingeklemmten Harnröhrensteines (Report of a Case of impactet Urethral Calculus Causing Extravasation of Urine), von JOHN E. HALL und MILTON THARP-Nahsville, Tenn. Ein im hinteren Abschnitt der Urethra festsitzender Stein hatte eine Ruptur dieser mit nachfolgender Harninfiltration der Genitalien geführt.

Im Gefolge eines Traumas aufgetretener Fall von Sklerodermie (Scleroderma — with Report of a Case following Trauma), von NOAH E. ARONSTAM. Zwei Monate nach einem Stoß gegen den Unterarm entwickelten sich Sklerodermieherde, die sich allmählich peripher und zentral ausbreiteten.

Der physikalische Wert der Lichtquelle bei der Lichtbehandlung (The Physical Value of Light Source in Actinotherapy), von F. DANNMEYER, O. HARTLEB und EDWARD AHLSWEDE-Hamburg. Vergleichende Untersuchungen der Spektren.

Anweisungen für die WASSERMANNsche Probe (Plain Directions for the WASSERMANN Test), von J. E. HEARN-New York City.

Der Stand der Dermatologischen Diagnose nach der Methode von PHILIPPSON und TÖRÖK (The Status of Dermatological Diagnosis According to the Method of PHILIPPSON and TÖRÖK), von EUGENE NEUWIRTH-Bad Pistyan.

Die Erzeugung von Maul- und Klauenseuche beim Meerschweinchen durch Reinkulturen des Erregers derselben (The Production of Foot and Mouth Disease in Guinea Pigs by Means of Pure Cultures of the Organism Causing it), von MAX v. NIESSEN-Dresden. Der vom Verf. als Erreger der Maul- und Klauenseuche angesprochene Organismus, der einen sehr polymorphen Entwicklungszyklus aufweist und durch mannigfache Umstände beeinflußt in verschiedenen Variationen übertragen werden kann, ist mit dem Kontagium menschlicher venerischer Erkrankungen, besonders dem Gonokokkus-Typus identisch oder wenigstens nahe verwandt. Mit seiner Reinkultur gelang die Erzeugung typischer Krankheitserscheinungen bei zwei Meerschweinchen.

E. Levin-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Tuberkulose.

Die Goldbehandlung der Tuberkulose, von E. LEVY-Essen. (D. m. W., 1922, Nr. 7, S. 223—225.) Verf. hält das Krysolgan für das erste chemische Spezifikum gegen Tuberkulose. Nach der Injektion tritt zunächst eine Steigerung der Entzündung im

Digitized by Google

Sinne einer „Heilentzündung" ein, die sich jedoch bald zurückbildet. Als Anfangsdosis wird 0,01 empfohlen, dann Steigerung bis 0,2 in Zwischenräumen von zehn Tagen. Sehr gute Erfolge bei Drüsen- und Knochentuberkulose, gute bei Lupus und Lungentuberkulose. Verhält sich ein Fall refraktär, so wird das Krysolgan durch Tuberkulin wirksam ergänzt. Es eignet sich gut zur Anwendung in der Allgemeinpraxis.
F. Harry-Berlin.

Die Wirkung abgetöteter Tuberkelbazillen, von H. Selter. (Klin. W., 1922, Nr. 9, S. 419.) Im gesunden Tier können abgetötete Tuberkelbazillen keine Immunitätserscheinungen auslösen, im tuberkulösen Körper beruht ihre Wirkung auf dem in ihnen enthaltenen Tuberkulin. Dieses gilt auch für die Much'schen Säureaufschließungen. Die Tuberkulinreaktion ist eine Entzündungsreaktion, die das Tuberkulin als Reiz auf das empfindliche Gewebe ausübt, aber keine Antikörperreaktion. E. Langer-Berlin.

Über die Wirkung abgetöteter Tuberkelbazillen, von H. Selter-Königsberg. (Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., Bd. 95, H. 2, S. 233—244.) Eingehende Untersuchungen an einem großen Tiermaterial haben ergeben, daß abgetötete Tuberkelbazillen nicht in der Lage sind, irgend welche Immunitätserscheinungen, die für die Tuberkuloseimmunität von Interesse sind, im gesunden Tier auszulösen. Ihre Wirkung im tuberkulösen Organismus beruht nur auf dem in ihnen enthaltenen Tuberkulin. Auch die Much'schen Milchsäureaufschließungen verhalten sich nicht anders und stellen also kein Antigen, sondern nur ein Tuberkulin dar. G. Assmann-Kiel.

Die Immunitätsverhältnisse bei Meerschweinchentuberkulose, von H. Selter-Königsberg. (Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., Bd. 95, H. 2, S. 159—207.) Große und eingehende Versuche mit einem sehr zahlreichen Tiermaterial zeigen, daß Infektionen lebender Tuberkelbazillen, welche bei Meerschweinchen zu einer latenten oder chronisch verlaufenden schwachen Tuberkulose führen, den Tieren eine völlige Immunität gegen eine nicht zu starke Reinfektion verleihen. Ferner verursachen starke Reinfektionsdosen bei diesen Tieren nur eine örtliche Reaktion, ohne die Tuberkulose im Innern schädigend zu beeinflussen. Wenn aber durch die erste Impfung eine Infektion nicht zustande kam, so sind diese Tiere auch nicht immun und erkranken in gleicher Weise wie die Kontrolltiere bei Reinfektion. Auf Tiere, die durch eine erste Impfung deutlich krank geworden sind, kann eine Reinfektion schädigend oder heilend einwirken. Dieses hängt von dem jeweiligen Zustand der Erkrankung des Tieres ab. Zur Erzielung latenter oder chronisch verlaufender schwacher Tuberkulosen beim Meerschweinchen erweisen sich lebende, in ihrer Virulenz abgeschwächte Bazillen in Verbindung mit lebendem, aufgeschlossenem Tuberkelbazillenprotoplasma (Vitaltuberkulin) als ein sehr geeigneter Impfstoff. Eine Vorbehandlung der Meerschweinchen mit saprophytischen säurefesten Bazillen setzt die Widerstandsfähigkeit der Tiere herunter, so daß sie einer folgenden Infektion leichter erliegen. G. Assmann-Kiel.

Zur Tuberkelbazillenfärbung, insbesondere zur Unterscheidung der tuberkelbazillenähnlichen Stäbchen, von W. Bender-Breslau. (D. m. W., 1922, Nr. 12, S. 381—382.) Zur Differentialdiagnose zwischen Tuberkelbazillen und tuberkelbazillenähnlichen Stäbchen hat sich folgende Färbung bewährt: Karbolfuchsin und Entfärbung mit 3% Salzsäurealkohol wie üblich, dann eine Minute Färben mit alkoholischer Pikrinsäure (gesättigte wässerige Pikrinsäure und Alcohol abs. āā). Bei Material, das mit Antiformin angereichert ist, bei Harnsediment und ausgehebertem Sputum von Kindern ist eine Nachfärbung mit Methylenblau (1:20) nach der Pikrinsäurebehandlung empfehlenswert, da die Gelbfärbung durch Pikrinsäure schlecht angenommen wird.
F. Harry-Berlin.

Über das Wachstum von Tuberkelbazillen in eidotterhaltigem flüssigem Nährboden, von Eduard Boecker-Berlin. (Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., Bd. 95, S. 344.) Versuche mit einer neuen, von Besredka für Tuberkelbazillen angegebenen Kulturflüssigkeit, die lediglich in einer durch Alkalizusatz geklärten 5%igen Auflösung von Hühnereidotter in destilliertem Wasser besteht, haben ergeben, daß dieser flüssige Nährboden ein sowohl den humanen wie bovinen Stämmen der Tuberkelbazillen sehr zusagendes Medium darstellt. G. Assmann-Kiel.

Statistische Mitteilungen über Miliartuberkulose, von Adolf Hartwich-Hamburg. (Virch. Arch., Bd. 237, H. 1—2, S. 196—223.) An einem reichen anatomischen Material hat sich gezeigt, daß der Einbruchsherd in die Blutbahn bei der akuten Miliartuberkulose in 90,5% nachweisbar war, und zwar in 61% in den Lungenvenen, in 26% im Ductus thoracicus. Die Tuberkulose des Ductus thoracicus ist nicht häufiger bei chronischer tuberkulöser Erkrankung der serösen Häute. Im Kindesalter

Digitized by Google

überwiegt als Ausgangspunkt für die akute allgemeine Miliartuberkulose die tuberkulöse Venenerkrankung. In etwa $^1/_4$ aller Fälle finden sich mehrere tuberkulöse Einbruchsherde in die Blutbahn, in $^2/_3$ der Fälle sind die Meningen mitbeteiligt, während die Mitbeteiligung von Pleura und Peritoneum viel seltener ist. In einer Reihe von Fällen finden sich bei Miliartuberkulose Blutungen in inneren Organen. Bronchopneumonien kommen dabei sehr selten vor. Das Blutbild ist nicht charakteristisch, meist besteht eine Leukozytose und Lymphozytopenie. In vereinzelten Fällen kann die Miliartuberkulose afebril verlaufen. Neuerdings wurde mehrfach über ausgeheilte Fälle berichtet.

G. Assmann-Kiel.

Syphilis.

a. Allgemeines und Historisches.

Über luische Rezidivexantheme unter Salvarsan-Quecksilberbehandlung und die Beeinflussung der herrschenden Ansichten über die WR und Allergie bei Syphilis durch eine Theorie der Entstehung dieser Rezidivexantheme, von H. Menzer-Frankfurt a. O. (M. m. W., 1921, Nr. 40, S. 1290.) Wenn bei Lues II oder III trotz Abheilung der klinischen Erscheinungen durch Salvarsan und zunächst negativer Serum- und Liquorreaktion neue Syphiliserscheinungen an der Haut auftraten, muß man Toxinreizung durch latente Spirochätenherde annehmen. Bei nicht oder unvollkommener Abheilung von Lues II oder III, Zurückbleiben von Spirochäten in den Krankheitsherden und positiv bleibender WR sind besondere Resistenz der Spirochäten oder Bildung von Rückfallstämmen oder arsenfeste, filtrierbare Entwicklungsstufen anzunehmen. Latente Spirochätenherde sind möglicherweise durch Luetin zu aktivieren, was seine Bedeutung für die Kontrolle der Kuren und für eine genaue Behandlung hatte. Bei nur unbehandelter Syphilis droht die Gefahr zu starker Allergisierung der Körperzellen, bei zu kleinen Anfangsdosen die einer sukzessiven inkompletten Sterilisation. Die WR im Primärstadium ist Folge der Zellvorgänge am Primäraffekt. Das Gumma ist der Ausdruck höchster Allergie mesodermaler Zellen, die Paralyse der Ausdruck höchster Allergie ektodermaler Zellen, und zwar gegen ektodermotrope, filtrierbare, arsenfeste Entwicklungsstufen der Pallida. A. v. Notthafft-München.

Kongenitale Syphilis (Übersicht über neuere Arbeiten, besonders aus der englisch-amerikanischen Literatur, Fortschr. d. Med., Nov. 1921, Nr. 25, S. 879—883), von C. F. Marshall und C. Lillington. Aus dem sehr lesenswerten Sammelreferat entnehmen wir unter Weglassung des statistischen Materials, welches keine Abweichungen von früheren Statistiken zeigt, folgendes: Es findet eine progressive Abschwächung der Virulenz der syphilitischen Infektion bei Schwangeren statt. Analog der Granulabildungen bei Reinkulturen der Spirochäten wahrscheinlich auch solche durch Ferment des Chorions. Nach beendeter Schwangerschaft verschwinden die Fermente aus den Geweben der Mutter, die Granula werden wieder biologisch aktiv und entwickeln sich zu Spirochäten. Granula können durch Spermatozoen übertragen und durch die Fermente des Chorions latent erhalten werden. Behandlung nur dann erfolgreich, wenn granulosierende Wirkung der Fermente noch vorhanden, andernfalls wird durch Spirochäten Ei oder Fötus zerstört (Routh). Wichtig ist die mikroskopische Untersuchung der Plazenta. Sie stimmte in 80—90% mit den klinischen und anatomischen Befunden überein. Sie gibt ein richtiges Bild über Zustand des Kindes mit doppelt so großer Wahrscheinlichkeit, als die WR bei der Mutter. Spermale Infektion bei Zwillingen: Ein Kind normal, das andere Anzeichen von Syphilis. Außer dem Gatten noch Verkehr mit einem anderen Manne. Vermutung, daß die Zwillinge von verschiedenen Vätern stammten. Die Frau brachte später noch elf gesunde Kinder zur Welt, bei ihr und ihrem Mann WR negativ. Übertragung von Syphilis auf die dritte Generation ist selten. Ein $2^1/_2$jähriger Knabe Zeichen kongenitaler Syphilis. Ebenso dessen Mutter: Sattelnase, Keratitisreste, WR positiv. Die Mutter der Frau starb an lokomotorischer Ataxie. Sie war Mutter von mehreren Kindern, von denen nur zwei am Leben, WR vom Vater negativ. Daher Vermutung, daß Krankheit von Mutter auf Tochter und von dieser auf das Kind übertragen (Paterson). Diagnose. Wert der Luetinreaktion: In Fällen mit deutlichen klinischen Symptomen nur in 30% positiv, während WR in 67—75% positiv (Lafaye). H. Sottmann-Leipzig.

215 Fälle von Syphilis nach fünf Jahren (215 Cases of Syphilis after five Years), von H. G. Ironside-Minneapolis. (J. Am. m. Ass., Bd. 77, Nr. 21, S. 1620—1622.) Nichts Erwähnenswertes. A. de Lemos-Hamburg.

Digitized by Google

b. Pathologie und Klinik.

Das Spirillenfieber als diagnostisches Hilfsmittel, von E. Kleber-Hamburg. (M. m. W., 1921, Nr. 42, S. 1363.) Bei unklaren Fällen von Primäraffekt kann man aus dem Ausfall der Salvarsanprobe (Spirillenfieber oder keines) einen diagnostischen Schluß machen. Das Fieber tritt bei Lues I mit WR +, aber auch nicht selten bei noch negativer Serumreaktion auf. A. v. Notthafft-München.

Ist die „diagnostische Salvarsaneinspritzung" berechtigt? von F. W. Oeller. (M. m. W., 1921, Nr. 48, S. 1560.) Die „diagnostische Salvarsaneingießung" ist abzulehnen. Das angeblich differentialdiagnostische Spirochätenfieber kann ausbleiben und umgekehrt fiebern auch Nichtsyphilitiker. Man verdirbt damit die Möglichkeit des Spirochätennachweises. Die Jarisch-Herxheimersche Reaktion kann auch durch harmlose Vakzine hervorgerufen werden. Unsicher ist auch die Diagnose ex juvantibus. A. v. Notthafft-München.

Primäraffekt des Naseneinganges (Primary Syphilitic Nose Infection), von Kurt Jannicke-Clinton, Jowa. (J. Am. m. Ass., Bd. 77, Nr. 24, S. 1889—1891.) Kasuistischer Beitrag. A. de Lemos-Hamburg.

Sarkoide und Syphilis (Sarcoid and Syphilis), von Arthur William Stillians-Chicago. (J. Am. m. Ass., Bd. 77, Nr. 21, S. 1615—1630.) Während sowohl die Boeckschen als die Darierschen Sarkoide nichts mit Syphilis zu tun haben, bringt Verf. einen Fall eigner Beobachtung und mehrere der Literatur entnommene Fälle mit Lues in Verbindung, besonders da auf antiluische Behandlung Heilung bzw. Besserung eintrat, nachdem Tuberkulinbehandlung erfolglos geworden war. Klinisch und histologisch muß es sich der Beschreibung nach um Tumoren vom Typ des Erythema induratum Bazin gehandelt haben. Verf. glaubt, daß besonders tertiäre Lues solche an den Extremitäten lokalisierte indolente Knoten oder Gummen häufiger als man annimmt verursacht. A. de Lemos-Hamburg.

Zur Kenntnis des Skelettsystems bei Säuglingssyphilis, von F. Thoenes. (Arch. f. Kindh., Bd. 70, H. 4, S. 252.) In etwa 93% der Fälle von Säuglingssyphilis werden nach Orth luetische Knochenveränderungen gefunden. Die Röntgenuntersuchung von etwa 40 Fällen ergab dann auch in 75% das Vorhandensein von luetischen Knochenveränderungen, und zwar sowohl von Veränderungen der Epiphysen wie auch am Periost, meist aber beider gleichzeitig. Am häufigsten und am schwersten fand sich die Erkrankung an den distalen Epiphysen der Vorderarmknochen im Gegensatz zu der von den Pathologen aufgestellten „Intensitätsskala", nach der am häufigsten die untere Oberschenkelepiphyse befallen sein sollte. Im übrigen schienen die Herde regellos über alle Knochen verstreut, auch rechts und links sehr ungleich beteiligt zu sein. Mit Rücksicht darauf, daß gerade bei den Fällen, die mit geringen oder gar keinen Hautveränderungen einhergehen, sich oft besonders schwere Erkrankungen der inneren Organe, vor allem der Knochen finden, ist der Röntgenuntersuchung der kongenitalen Lues ein hoher diagnostischer Wert beizumessen. H. Lautsch-Leipzig.

Syphilis der mittleren und kleinen Arterien (Syphilis of the Medium and Smaller Arteries), von Alfred Scott Warthin-Ann Arbor, Mich. (New York m. J., 1922, Bd. 115, Nr. 2.) Einfache Arteriosklerose der mittleren und kleinen Arterien findet sich bei Syphilitikern häufiger als bei Nichtsyphilitikern; sie ist wahrscheinlich sekundären (toxischen oder mechanischen) Ursprungs. Periarteritis, Panarteritis und Arteritis obliterans in größerem oder geringerem Umfange bei allen Fällen chronischer und latenter Syphilis. Mesaortitis ist wesentlich eine Erkrankung der arteriellen Vasa vasorum. Syphilitische Läsionen der kleinen Arterien sind immer mit Lokalisation der Infektion in einem Organ oder Gewebe verbunden; die Läsionen sind selten gummös. Die Mesarteritis zeigt sich bisweilen als Aneurysma oder auf Obstruktionen des Arterienlumens beruhenden Zirkulationsstörungen, gewöhnlich werden sie jedoch nur bei der mikroskopischen Untersuchung gefunden. Klinische Erscheinungen der Syphilis der peripheren Arterien sind häufiger an den unteren Extremitäten (Gangrän, perforierende Ulzera) als an den oberen. Syphilis der kleinen und kleinsten Arterien spielt eine bedeutende Rolle bei der Paralyse, Tabes, zerebralen Syphilis und der örtlichen Degeneration von Hirn und Rückenmark. E. Levin-Berlin.

Syphilis des Magens (Gastric Syphilis), von David J. Galloway-Singapore. (Brit. m. J., 11. Febr. 1922, S. 217.) Verf. hat diese Form der Spätsyphilis in Asien verhältnismäßig nicht so selten beobachtet, aber fast ausschließlich unter Asiaten, bei alter unbehandelter oder ungenügend behandelter Lues. Die Erkrankung, mit völliger

Digitized by Google

Appetitlosigkeit einhergehend, führt zu schwerster Kachexie. Sie kann in drei verschiedenen Formen auftreten: 1. unter den Symptomen des malignen Tumors (palpabler Tumor, meist am Pylorus, Pylorusstenose, Dilatation, Erbrechen usw.); 2. des Ulcus ventriculi (Schmerzpunkt in der Magengegend, auch korrespondierender Druckpunkt am Rücken, Erbrechen, Blutungen usw.); 3. der Gastritis acuta. Die syphilitischen Magenerkrankungen unterscheiden sich von den unspezifischen in bezug auf die Schmerzen. Die Schmerzen bei Magensyphilis sind erträglich, aber konstant, am stärksten des Nachts und werden meistens nicht auf einen Punkt lokalisiert, sondern als gürtelförmig bezeichnet. In fast allen Fällen besteht eine Vergrößerung der Leber, häufig der Milz. Auch das Erbrechen läßt sich für die Diagnose verwerten, es ist so exzessiv, daß es eine zerebrale Ursache haben muß. — Da die meisten der Fälle aus der Vorsalvarsanzeit stammen, wurde nur Hg per os gegeben, die Symptome wurden in kürzester Zeit beseitigt, die Patienten erholen sich sichtbar. Bei den späteren Pat. war Salvarsan intravenös von derselben wunderbaren Wirkung. Betreffs der Pathologie spricht Verf. nur Vermutungen aus, da kein Fall zum Exitus bzw. zur Sektion kam. In den meisten Fällen werden gummöse Bildungen angenommen: kleine, flache, diffuse Gummata, über die Magenschleimhaut verstreut oder gummöse Tumoren; daneben dürfte die Endarteriitis syphilitica eine Rolle spielen. A. de Lemos-Hamburg.

Fieberhafte Form der tertiären syphilitischen Hepatitis (Hépatite syphilitique tertiaire à forme fébrile), von A. Cade. (Soc. méd. des Hôp. de Lyon, 13. Dez. 1921. — Lyon méd., 1922, Nr. 5.) Trotz negativer WR wird die Diagnose für sicher gehalten im Hinblick auf das rapide Schwinden des Fiebers nach spezifischer Behandlung; eine gleichzeitig bestehende Albuminurie stützte die Diagnose der tertiären viszeralen Syphilis. E. Levin-Berlin.

Frische Syphilis der Prostata (Early Syphilis of the Prostate), von J. E. R. Mc Donagh-London. (Brit. m. J., 11. Febr. 1922.) Bei einem Manne mit extragenitalem Primäraffekt und Roseola zeigte sich gleichzeitig die Prostata mitaffiziert. Der rechte Lappen war hühnereigroß, höckerig mit härteren und weicheren Partien darin. Auch die Pars prostatica urethrae war mitbeteiligt. Der Urin enthielt Fäden, es bestand Harndrang. Pat. hatte nie Blennorrhoe, nie Geschlechtsverkehr gehabt. Nach vier Salvarsanspritzen waren Prostata und Urethra wieder von normaler Beschaffenheit. A. de Lemos-Hamburg.

Über die Aussichten der antisyphilitischen Behandlung bei Keratitis parenchymatosa, von Langendorff-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 9, S. 290—292.) Empfohlen wird die kombinierte Kur, wenn auch zugegeben werden muß, daß sie den Krankheitsverlauf kaum beeinflußt. Günstiger ist ihr Erfolg für das zweiterkrankte Auge, d. h. für eine Keratitis eines bereits kombiniert behandelten Körpers. Dieser mildere Verlauf des zweiterkrankten Auges wird als Zeichen einer beginnenden Entgiftung und einer allgemeinen Kräftigung des Körpers angesehen. Eine mehrfache Wiederholung gründlicher Kuren ist für die Behandlung der Keratitis parenchymatosa unerläßlich. F. Harry-Berlin.

Unstillbares Erbrechen bei zerebraler Lues (Intractable Vomiting Due to Cerebral Syphilis), von R. Hamer Hodges-Southsea. (Brit. m. J., 4. Febr. 1922, S. 187.) Bei einer 48jähr. Frau, die an unstillbarem Erbrechen litt, wurde nach Versagen jeder Therapie schließlich eine Totalexstirpation vorgenommen, da das Leiden als durch das Klimakterium verursacht angenommen wurde. Bei der Untersuchung waren die Organe und Reflexe ohne Befund gewesen, bis auf enge, schlecht reagierende Pupillen. WR im Blut negativ. Nach der Operation trat nicht die geringste Besserung ein. Die jetzt ausgeführte Liquoruntersuchung ergab ein stark positives Resultat. Blutwassermann wieder negativ. Nach der vierten Salvarsaninjektion hatte das Erbrechen völlig aufgehört und die Frau erholte sich im Laufe der weiteren antiluischen Behandlung schnell. A. de Lemos-Hamburg.

Vorkommen von Magengeschwür bei Rückenmarksschwindsucht (The Existence of Gastric ulcer with Tabes dorsalis, von Burrill B. Crohn-New York. (J. Am. m. Ass., 1921, Nr. 26, S. 2023—2030.) An Hand von drei ausführlich besprochenen kasuistischen Fällen weist Verf. auf das nicht seltene Vorkommen von Magen- bzw. Duodenalgeschwür bei Tabes dorsalis hin. Im übrigen enthält der Aufsatz nichts Erwähnenswertes. F. Quasig-Hamburg.

Meningitis gummosa bei einem Neugeborenen, von Alfred Eliassow, Senckenberg. Path. Inst., Frankfurt a. M. (Zbl. f. Pathol., 1921, Bd. 32, Nr. 5, S. 114—118.) Typisch gummöse Infiltration der weichen Hirnhaut eines an L. congenit. gestorbenen,

Digitized by Google

einen halben Tag alten Mädchens. Massenhaft Spirochäten im entzündeten Piagewebe, die besonders im Lumen und an den Wänden der Gefäße gefunden wurden.
F. Jacobsohn-Berlin.

Die viszeralen Veränderungen bei kongenitaler Syphilis (The Visceral Changes in Congenital Syphilis), von Frank Fraser-New York. (J. Am. m. Ass., Bd. 77, Nr. 21, S. 1623—1627.) Ausführliche Beschreibung der makroskopischen und mikroskopischen Befunde an den Organen kongenital-syphilitischer Föten mit guten mikroskopischen Abbildungen (Leber, Herz, Lungen, Pankreas, Milz, Rückenmark, Gehirn und Hirnhäute, Gastro-intestinal-Traktus, Thymus, Nieren und auch Plazenta).
A. de Lemos-Hamburg.

Zahnhypoplasien und Syphilis congenita, von Zinsser. (M. m. W., 1921, Nr. 48, S. 1543.) Die Hutchinsonschen Zähne und die Hypoplasie der Kaufläche der ersten Molaren müssen durch eine um die Zeit der Geburt, jedenfalls nicht nach dem achten Monat einsetzende Schädigung verursacht sein. Die Hypoplasien dürften durch eine allgemeine schwere Krankheit oder Ernährungsstörung oder Intoxikation verursacht sein. Eine Dysfunktion der endokrinen Drüsen kann zugrunde liegen. Die Syphilis ist zweifellos eine der häufigsten Ursachen. Die Untersuchungen Zinssers bestätigen dies. Hierfür spricht auch das häufige Auftreten bei Geschwistern. Andere tiefe Zahndeformationen könnten auch durch Syphilis bedingt sein. Sind aber die Schneidezähne und ersten Molaren nicht ergriffen, dann ist der Prozeß erst später entstanden und dann können alle möglichen Ernährungsstörungen eingewirkt haben.
A. v. Notthafft-München.

Knochen- und Gelenkveränderungen bei kongenitaler Syphilis (Bone and Joint Changes in Congenital Syphilis: With Report of Cases), von Leon H. Dembo, Harry R. Litchfield und John A. Foote-Washington. (J. Am. m. Ass., 1922, Nr. 5, S. 319—323.) Nichts Erwähnenswertes. F. Quasig-Hamburg.

Die Rolle des Trauma nach stattgehabter Syphilis mit besonderer Beziehung zur hereditären (The Rôle of Trauma in Lesions of Syphilis with Particular Reference to the Hereditary Type), von Harrison Tumpeer-Chicago. (J. Am. m. Ass., 1922, Nr. 3, S. 185—187.) Verf. weist auf die bekannte Tatsache hin, daß oftmals durch ein Trauma leichtesten bis schwersten Grades eine früher erworbene Syphilis zum Vorschein kommt. Besonders sind es dann Knochenveränderungen, Gummata der weichen Gewebe und Gehirnschädigungen paretischer Natur. Auch bei der hereditären Syphilis löst das Trauma Krankheitserscheinungen aus. So in den beschriebenen zwei Fällen von hereditärer Syphilis, von denen der eine ein 15jähr. Mädchen betraf, der andere ihren 10jähr. Halbbruder. Die Mutter hatte Zeichen von hereditärer Syphilis. Das Mädchen bekam nach einem Kopftrauma epileptiforme Anfälle nebst geistigen Störungen. Der Knabe erlitt einen Oberschenkelbruch, der sehr langsam heilte. Zwei Monate danach trat doppelseitige Optikusatrophie auf. F. Quasig-Hamburg.

c. Ätiologie.

Die Kaninchentreponemose, von A. Klarenbeek-Utrecht. (Zbl. f. Bakt., Bd. 88, H. 1, S. 73—75.) Experimentelle Untersuchungen zeigten, daß Kaninchen, mit Treponema cuniculi infiziert, entgegen der Ansicht von Lebsey und Kuczynski nicht steril zu sein brauchen. Die jungen Tiere infizierter Eltern können spontan oder experimentell infiziert werden. Die Möglichkeit einer Superinfektion, ebenso die einer spontanen oder experimentellen Superinfektion wurde nachgewiesen. Verf. glaubt, daß das Treponema cuniculi eine Varietät des Treponema pallidum ist. Unbeantwortet bleibt die Frage, ob das Virus nerveux eine Syphilisspirochäte mit etwas modifizierten Eigenschaften oder eine nur beim Kaninchen vorkommende Spirochäte und dann identisch mit dem Treponema cuniculi ist. F. Harry-Berlin.

Die Abwehrreaktionen der mit Spirochaeta pallida infizierten Tiere (The Defensive Reactions of Animals Infected with Spirochaeta pallida), von Wade H. Brown und Louise Pearce-New York. (J. Am. m. Ass., Bd. 77, Nr. 21, S. 1619 bis 1620.) Es werden Beobachtungen veröffentlicht über Latenzzeit, Rezidiv und Reihenfolge der Erscheinungen. — Das einmal infizierte Kaninchen beherbergt sein Leben lang virulente Spirochäten und trotzdem sind floride Erscheinungen der Krankheit kaum zu finden, höchstens in den allerersten Monaten nach der Infektion. Aus diesem Verhalten wird auf zwei Arten von Abwehrvorgängen geschlossen: einerseits gegen die Spirochäte selbst, andererseits und von größerer Bedeutung gegen die toxischen Wirkungen. Fast

Digitized by Google

stets gelingt es den Abwehrreaktionen, die Krankheitserscheinungen zu unterdrücken, dagegen nicht den Erreger zu vernichten. Der Ablauf der Krankheitssymptome beim Tier ist ähnlich wie beim Menschen. Rezidive, auch Monorezidive wurden beobachtet, letztere aber seltener als beim Menschen. Die Stärke der Abwehrreaktion beim Tier richtet sich nach der Stärke bzw. der Virulenz der Infektion. Die Dauer der aktiven Erscheinungen sowie der Krankheit im ganzen ist beim Kaninchen umgekehrt proportional der Stärke und Ausdehnung des Primäraffektes. Nimmt die Syphilis einen ungestörten Verlauf, so ist die Reihenfolge der Krankheitssymptome an den einzelnen Geweben beim Kaninchen von wechselnder Stärke, je nachdem welches Gewebe befallen ist, denn nicht jede Gewebsart ist der Vermehrung der Spirochäte gleich günstig. Trotz dieser von dem Verf. als allgemein gültige Gesetze bezeichneten Beobachtungen kommen individuelle Abweichungen vor. A. de Lemos-Hamburg.

Eine Notiz über die venerische Kaninchenspirochätose. Eine neue Technik der Färbung der Treponema pallidum (A note on the Venereal Spirochetosis of Rabbits), von Hideyo Noguchi-New York. (J. Am. m. Ass., 1921, Nr. 26, S. 2052—53.) Außer der historischen Übersicht sowie der Schilderung des Krankheitsbildes der Kaninchensyphilis nebst Beschreibung ihres Erregers, der Impfversuche und der Behandlung mit Arsphenamin interessierte besonders die neue Färbetechnik, ausgearbeitet von seiner Assistentin Miss Evelyn B. Tilden, wodurch sowohl Treponema pallidum wie auch Treponema cuniculi (als Erreger der Kaninchensyphilis) deutlich gefärbt werden. Genaue Technik der Färbung ist im Original nachzulesen. F. Quasig-Hamburg.

d. Serologie.

Der Verlauf zeitweise unbehandelter Syphilis und das Verhalten der ausgewerteten Wassermannschen Reaktion während dieser Zeit, von B. Spiethoff-Jena. (Klin. Wschr., 1922, Nr. 8, S. 367.) Verf. liest die WR nach den Grundsätzen K. Müllers — s. Original, wiederholte Ablesungen in gewissen Zeitabständen — ab und summiert die einzelnen Ablesungswerte zu einer Zahl, die er als „Wassermann-Stärke" bezeichnet. Zwischen Wassermann-Stärke und Aktivität des Infektionsprozesses ist im großen und ganzen ein Parallelismus vorhanden. Stärke der WR entspricht der Aktivität der Infektion, Anstieg der WR bezeichnet unabhängig von den klinischen Symptomen eine neue Spirochätenaktion. Daneben eine gewisse Periodizität der WR. Es folgen auf Zeiten ansteigender Werte solche mit abfallenden. Im allgemeinen zwei Grundtypen: 1. Monatelang höchste Aktivität, kontinuierliche oder mäßig remittierende große Wassermann-Stärke, klinisch Erscheinungen vorhanden oder ohne solche. 2. Geringe Aktivität, mittlere oder gleichmäßig fallende Wassermann-Stärke, lange ausbleibende klinische Neuerscheinungen. Verfolgung der ausgewerteten WR für die Praxis zur besseren Erkenntnis des Krankheitsverlaufes wichtig. E. Langer-Berlin.

Ratschlag zur Vermeidung des Wassermannfestzustandes in der Behandlung chronischer Syphilis (Suggestion for the Avoidance of the Wassermann-Fast State in the Treatment of Chronic Syphilis), von Archibald McNeil-New York. (J. Am. m. Ass., 1921, Nr. 25, S. 1970—71.) Die Arbeit enthält eine kurze Schilderung der vom Verf. an anderer Stelle ausführlich beschriebenen Modifikation der gewöhnlichen Technik der Wassermannprobe. Die Modifikation besteht darin, daß er mit sehr exakter Methode den Standard des Komplements festlegt und das Serum serienweis verdünnt, daß jede Verdünnung die vorhergehende um eine Maßeinheit übertrifft. So entstehen als Maßstab die Komplementbindungseinheiten. Bleiben diese Einheiten sich gleich oder vermehren sie sich trotz intensiver Behandlung, so sind die Spirochäten dieses Falles immun gegen das angewandte Mittel. Nach bisheriger Erfahrung ist ein Fall „Wassermannfest" zu nennen, wenn nach drei aufeinanderfolgenden Kuren die Zahl der Einheiten sich nicht verringert. Verf. warnt vor einer allzu langen Behandlung mit ein und demselben Mittel bzw. derselben Kombination von Mitteln, da sonst leicht Immunität der Spirochäten dagegen eintritt und der Wassermannfestzustand herbeigeführt wird. F. Quasig-Hamburg.

Neurosyphilis bei negativem Liquor cerebrospinalis (Neurosyphilis with Negative Spinal Fluid), von Harry C. Solomon und Joseph V. Klauder. (J. Am. m. Ass., Bd. 77, Nr. 12, S. 1701—1706.) Die verschiedensten syphilitischen Hirn- und Nervenkrankheiten sind auf ihre Liquorbefunde hin geprüft. Es hat sich gezeigt, daß am häufigsten bei syphilitischer Erkrankung der Hirngefäße der Liquor negativ in jeder Hinsicht gefunden wird bei stark positivem Blutwassermann. Ferner ließ sich nach-

Digitized by Google

weisen, daß der Liquor eines Patienten, an verschiedenen Stellen entnommen (z. B. Lumbalsack — Ventrikel), ganz verschiedene Untersuchungsresultate ergibt. Sie bestätigen, daß bei klinisch ausgesprochener Tabes dorsalis die Lumbalflüssigkeit bei sämtlichen chemischen Proben negativ sein kann. Sie stellen fest, daß bei positiven Lumbalbefunden die fortlaufenden Untersuchungen in ihrer Stärke abweichende Resultate ergeben, die aber keineswegs den klinischen Besserungen oder Verschlechterungen entsprechen. Die negative WR der Lumbalflüssigkeit, besonders bei anderen positiven Befunden, ist weder prognostisch günstig oder ungünstig zu bewerten; kann häufig die Folge kräftiger Kuren sein, und kann nach wenigen Monaten wieder positiv sein. Der dauernd negative Lumbalbefund bei manifesten Symptomen bedeutet meist, daß der Prozeß zum Stillstand gekommen ist. Die Fälle, die keinerlei klinische Symptome haben, aber einen stark positiven Lumbalbefund, meist auch einen positiven Blutwassermann, bedürfen der antisyphilitischen Behandlung, um eventuellen späteren Ausbrüchen der Krankheit — es werden zwei Fälle angeführt — vorzubeugen. Die Fälle mit manifesten Symptomen und negativem Lumbalbefund reagieren meistenteils sehr gut auf die Behandlung. Welche Behandlungsmethode sich als die geeignetste ergeben hat, soll noch nicht erörtert werden. A. de Lemos-Hamburg.

Laboratoriumsbefunde bei Früh- und Spätsyphilis bei 1064 Fällen (Laboratory Findings in Early and Late Syphilis: Review of 1064 Cases), von John A. Fordice und Isadore Rosen-New York. (J. Am. m. Ass., Bd. 77, Nr. 22, S. 1696—1701.) Als Frühfälle werden solche bezeichnet, deren Infektion im Höchstfalle zwei Jahre zurückliegt, alle anderen als Spätfälle. Bei den Frühfällen haben 38 %, bei den Spätfällen 50 % abnorme Liquorbefunde. Dieser hohe Prozentsatz erklärt sich daher, daß den Verff. vielfach nur suspekte Fälle zur Untersuchung überwiesen wurden. Ein weitaus höherer Prozentsatz von Männern erkrankt an Nervensyphilis als Frauen. Die Behauptung, daß die Nervensyphilis seit Anwendung des Salvarsans zugenommen habe, beruht wohl insofern auf einem Irrtum, als wohl mehr Fälle diagnostiziert werden, was aber nicht am Salvarsan, sondern an den besseren Untersuchungsmethoden liegt. Ebensowenig ließ sich beweisen, daß durch Salvarsan Schädigungen des Optikus, Akustikus usw. verursacht wurden, dagegen gingen bestehende Erkrankungen der Hirnnerven unter Salvarsan erheblich zurück. — Da aber etwa 20 % aller Fälle mit positiven Liquorbefunden einen dauernd negativen Blutwassermann haben, sollte keine Lues als geheilt entlassen werden, ohne Prüfung der Lumbalflüssigkeit. Während die Pupillenanomalien und die Hirnnervenlähmungen wohl stets auf Syphilis bezogen werden, werden die ersten Anzeichen von Neuritis und Papillitis bei Frühsyphilis oft übersehen, da das Sehvermögen noch vorhanden und die Erkrankung sich nur in einer Einengung des Gesichtsfeldes zeigt. Nervensyphilis kann bestehen ohne klinische Anzeichen; die klassischen Symptome der Tabes können bestehen bei negativem Blut- und Liquorbefund. — Die Goldreaktion hat sich bei den Untersuchungen als wertvoll für Diagnose und Prognose erwiesen.

A. de Lemos-Hamburg.

Untersuchungen über den Cholesteringehalt der Antigene und dessen Bedeutung bei der Wassermannschen Reaktion, von N. Frank-Budapest. (Klin. Wschr., 1922, Nr. 9, S. 419.) Kurze Zusammenfassung von Versuchsergebnissen. Im Original wegen den vielen zahlenmäßigen Angaben nachzulesen. E. Langer-Berlin.

Über einzeitige Sachs-Georgi-Meinicke-Reaktion, von Carl Stern-Düsseldorf. (M. m. W., 1921, Nr. 49. S. 1580.) Stern verwendet eine Extraktmischung von 0,5 g Cholestearinextrakt und 0,5 Meinicke-Extrakt. Die Methode spart Arbeit und Serum. Sie ist ein Beweis, daß zwischen Sachs-Georgi und Meinicke ein wesentlicher Unterschied nicht besteht. A. v. Notthafft-München.

Untersuchungen über den diagnostischen Wert der Methoden von Wassermann, Sachs-Georgi und Meinicke (DM) in Malarialändern. (Das Verhalten des Blutserums bei Malaria), von H. Heinemann-Petoemboekan. (M. m. W., 1921, Nr. 48, S. 1551.) Bei Malaria sind unspezifische Reaktionen häufig, mehr noch bei der Komplementbindungsmethode als bei den Flockungsreaktionen. Der Ausfall der ersteren hängt sehr vom Extrakt ab. Manche Extrakte geben stärkeren Fehler bei Tertiana, andere bei Perniziosa. Die unspezifische positive Umstimmung ist aber immer vorübergehend und schwindet unter Chinin. (Umgekehrt kann Chinin ein spezifisch umgestimmtes Serum vorübergehend negativ machen.) Die Flockungsreaktionen ergänzen in Malarialändern die Komplementbindungsreaktion wertvoll. Sie können hier an Stelle von WR verwendet werden, wenn die Reagentien vorher genau geprüft und auf Malariafehler eingestellt sind. A. v. Notthafft-München.

Digitized by Google

Experimentelle Untersuchungen über die Wassermann-Reaktion bei Kindern (Ricerche sperimentali sulla R. di Wassermann nei bambini), von de Villa und A. Ronchi. (Il Policl., 1922, Heft 6 und 7.) Die Verff. haben sich die Aufgabe gestellt, die Natur der WR zu untersuchen, „ob die Theorie der Antikörper und Antigene ein Analogum in der allgemeinen Chemie habe und welche chemischen Körper es seien, die Ambozeptor und Antigen darstellen". Sie gelangen zum Schlusse, daß die Formel der Reaktionen zwischen Antigen und Ambozeptor im Sinne Ehrlichs und in dem der Immunitätslehre ersetzt werden könne durch die der Reaktion zwischen dem chemischen Körper A und B. Zunächst wird der Beweis der lipoiden Natur des Antigens dadurch erbracht, daß in der Anordnung der WR das Antigen durch in Alkohol, Chloroform und Wasser gelöstes Cholestearin oder durch ein anderes Lipoid oder auch durch eine Mischung verschiedener Lipoide ersetzt wird. Um auch die viel schwierigere Frage über die Natur des im luetischen Serum enthaltenen komplementfixierenden Körpers zu studieren, haben die Verff. zunächst versucht, festzustellen, ob die lipoiden Körper als Ambozeptoren funktionieren könnten und wenn nicht, welche unter den verschiedenen untersuchten Substanzen die Eigenschaft hätten, sich mit dem Antigen zu verbinden und das Komplement zu fixieren. In ihren über zwei Jahre sich erstreckenden Untersuchungen, auf die im Referat nicht detailliert eingegangen werden kann, benutzen die Verff. bei der Anstellung der WR Kolostrum, Milchserum, Serum vom Kolostrum gesunder und luetischer Frauen abwechselnd als Ambozeptor und Antigen. Sie gelangen zu folgenden Resultaten: a) In der WR kann das Antigen durch Cholestearin und noch besser durch eine Mischung verschiedener Lipoide, b) der Ambozeptor nie durch eine Mischung von Lipoiden ersetzt werden. c) Die Milch gesunder und luetischer Frauen funktioniert teilweise als Antigen, weniger oder gar nicht als Ambozeptor. d) Das Kolostrum gesunder Frauen und besser das luetischer kann hinreichend gut als Ambozeptor, aber nie als Antigen funktionieren. e) Serum vom Kolostrum gesunder Frauen und noch besser das luetischer kann den luetischen Ambozeptor vollständig ersetzen, aber nie als Antigen funktionieren. f) Die Quantität des Cholestearins des Blutserums oder der Rückenmarksflüssigkeit steht in gar keiner Beziehung zur Positivität oder Negativität der WR. g) Es besteht ein direktes Verhältnis zwischen Quantität der Rückenmarksflüssigkeit, der Reaktion von Nonne und der Positivität der WR.

E. Freund-Triest.

Sachs-Georgische Ausflockungsmethode und Luesdiagnostik, von J. Wolff-Davos. (Schweiz. m. Wsch., 1922, Nr. 5.) Bei 4300 im Hyieneinstitut der Universität Zürich untersuchten Seren fand sich eine Übereinstimmung der WR und SGR von über 90%. Die SGR ist die empfindlichere Reaktion, sie gibt oft bei latenter und behandelter Syphilis noch positve Resultate, wenn die WR bereits negativ geworden ist; jedoch ist sie für Syphilis nicht streng spezifisch, da ein positiver Ausfall auch in einer großen Prozentzahl der Fälle von Tuberkulose und anderen Infektionskrankheiten, bei sämtlichen Fällen von Polyarthritis rheumatica und zahlreichen Herzklappenfehlern rheumatischer Natur festgestellt werden konnte. Die SGR ist nicht geeignet, als selbständige Seroreaktion in der Luesdiagnose Verwendung zu finden, jedoch als Ergänzungsmethode neben der WR besonders zur Frühdiagnose und bei der Kontrolle behandelter Luesfälle zu empfehlen.

E. Levin-Berlin.

Eine neue Trübungsreaktion für Syphilis, von E. Meinicke-Ambrock bei Hagen. (D. m. W., 1922, Nr. 12, S. 384—385.) Die Vorteile der neuen Trübungsreaktion beruhen darauf, daß die negativen Röhrchen durchsichtig und die positiven undurchsichtig sind, während die Unterschiede zwischen negativem und positivem Ausfall bei den früheren Reaktionen in opaleszierend und mehr oder weniger getrübt bestanden. Man fügt zu dem im Verhältnis von zwei Teilen Extrakt zu drei Teilen 96%igem Alkohols verdünnten Extrakt eine vorher austitrierte Menge 1%iger alkoholischer Cholestearinlösung (meist 1,0—1,5 Cholestearinlösung zu je 10 ccm Extrakt). Dann bestimmt man rein empirisch an negativen und positiven Seren durch Zusatz einer 5%igen alkoholischen Lösung von Balsamum tolutanum den geeigneten Balsamgehalt (am häufigsten 1 ccm Balsamlösung auf 10 ccm Cholesterinextrakt). Die sonstige Versuchsanordnung ist unverändert geblieben. Abgelesen wird nach ein- und dreistündigem Aufenthalt im Brutschrank.

F. Harry-Berlin.

Über Flockungs- und Trübungsreaktionen bei Syphilis, von E. Meinicke-Ambrock bei Hagen. (D. m. W., 1922, Nr. 7, S. 219—221.) Nach ausführlicher Darstellung der Entwicklung der Flockungsreaktion nach Sachs-Georgi und Meinicke zwecks Wahrung der Priorität gibt Verf. die Technik einer Modifikation der Trübungs-

Digitized by Google

reaktion nach Dold an. Zwei Teile des von der Adlerapotheke in Hagen ausgegebenen gebrauchsfertigen Pferdeherzextrakt werden mit drei Teilen 96%igen Alkohols verdünnt. Dann werden zu 10 ccm dieser Verdünnung 1 ccm einer 1%igen Cholestearinlösung hinzugefügt. Als Kontrollflüssigkeit dient ein sog. Ätherauszug (s. Zschr. f. Imm.-Forsch., Bd. 29, H. 3—4), der auf 1:15 mit Alkohol und dann mit der 10fachen Menge 2%iger NaCl-Lösung verdünnt wird. Die weitere Versuchsanordnung ist die gleiche wie sie Dold angegeben hat. Die Trübung der positiven Sera tritt meist früher und stärker ein als bei Rinderherzextrakten. F. Harry-Berlin.

Über die neue vereinfachte Luesflockungsreaktion von Dold, von A. Pöhlmann-München. (M. m. W., 1921, Nr. 42, S. 1350.) Wenn man die Reaktion erst nach 24 Stunden im Agglutinoskop als Flockung, nicht als Trübung aufsucht, stimmt Dold mit WR und SGR weitgehend überein; als Trübungsreaktion ist sie nicht brauchbar. A. v. Notthafft-München.

Eine weitere Vereinfachung meiner Trübungsflockungsreaktion (Trübungsflockungsreaktion mit Formolkontrolle), von H. Dold-Marburg. (D. m. W., 1922, Nr. 8, S. 247—249.) Die Vereinfachung besteht darin, daß die Extrakt- und die Serumkontrolle durch eine Formolkontrolle ersetzt wird. Der Zusatz von Formaldehyd fixiert den im Augenblick des Zusammenmischens von Serum und Extrakt jeweils resultierenden optischen Zustand. Man bringt zunächst 0,4 ccm Serum in das Kontrollröhrchen, fügt zwei Tropfen des 1/8 mit phys. NaCl-Lösung verdünnten offizinellen Formalins und schließlich 2 ccm Extraktverdünnung hinzu. Die Ablesung als Trübung erfolgt nach vier Stunden Aufenthalt im Brutschrank. Die Reaktion ist positiv, wenn das Versuchsröhrchen trüber als das Kontrollröhrchen ist. F. Harry-Berlin.

Über den Nachweis und das Verhalten der Extraktlipoide bei den verschiedenen Flockungsreaktionen, von Paul Niederhoff-Frankfurt a. M. (M. m. W., 1921, Nr. 44, S. 1419.) Im Originale nachzulesen. A. v. Notthafft-München.

Über die antikomplementäre Fähigkeit der bei der Sachs-Georgischen und Meinickeschen Reaktion auftretenden Flocken (Sul potere anticomplementare dei fiocchi delle Reazioni Sachs-Georgi e Meinicke), von Luigi-Cacioppo. (Il Policl., 1922, H. 5.) Verf. stellt sich die Aufgabe, die von anderen Verff. bereits nachgeprüfte Tatsache von der komplementbindenden Fähigkeit der Flocken zu kontrollieren. Er bedient sich hierbei der Flocken von der SGR, der Flocken von der zweiten Methode der MR sowie derjenigen von der ersten Phase der dritten Methode der MR. Er konnte auf diese Weise vollständige Hämolyse mit den vom Normalserum herrührenden Flocken und mehr oder weniger vollständige Hemmung mit den von syphilitischen Sera stammenden Flocken erzielen. Die vom Verf. angewendete Technik muß im Original nachgelesen werden. E. Freund-Triest.

Zur Frage der Liquorströmung und der Homogenität des Liquor cerebrospinalis, von F. K. Walther-Rostock-Gehlsheim. (M. m. W., 1921, Nr. 42, S. 1352.) Der Liquor ist in den verschiedenen Teilen des Subarachnoidealraumes ungleichmäßig zusammengesetzt. Die Meningen und vielleicht auch die Medulla selbst sondern Liquor ab, nicht bloß die Plexus chorioidei. A. v. Notthafft-München.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

In Bad Wildungen finden vom 8. bis 10. September Fortbildungsvorträge über Erkrankungen der Harnorgane statt. Vortragende: Kümmell, Strauss, Völcker, Schlayer, Franz Müller, Guggenheimer, Lewin. Auskunft erteilt der dortige Ärzteverein.

Gestorben: Sir Patrick Manson in London, bekannt durch namhafte Beiträge zur Kenntnis tropischer Hautkrankheiten sowie als Schöpfer der Bezeichnung Tinea imbricata; Dr. Yokichi Takamine, der Erfinder des Adrenalins. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

19. August 1922 | Nr. 33 | Band 75

Über Pellagraausbreitung vom Standpunkte des nordamerikanischen praktischen Arztes.

Von

Dr. C. C. Parrish in Fort Worth, Texas.

Die Zeit, in der wir leben, hat uns, so will es scheinen, eine große Zahl von Hilfsmitteln an die Hand gegeben, Krankheitsursachen aufzufinden. Trotzdem liegt die Kenntnis der Ursache der Pellagra noch höchst unklar vor uns. Es soll nicht Zweck dieser Abhandlung sein, die vielen Ansichten zu besprechen, die für die Ursache dieser Krankheit ins Treffen geführt worden sind. Ich möchte mich vielmehr jener Gruppe von Beobachtern zugesellen, die, weitab von Laboratorien, nur auf sich selbst angewiesen, der Krankheit als praktische Ärzte gegenüberstehen müssen. Insbesondere möchte ich solchen Ärzten das Wort reden, denen — wie bei uns in den Südstaaten — die geographische Lage ihres Beobachtungsortes besondere Anschauungen aufdrängt.

Unter den von der Natur gegebenen Ursachen der Pellagra zieht das Klima, soweit es durch geographische Breite, Seehöhe, Meeresströmungen, Land- und Seebrisen zu umschreiben ist, unsere besondere Aufmerksamkeit an. Unter den künstlichen Ursachen hingegen verdienen Gesundheitsschutzmaßregeln und die Gepflogenheiten, wie sie die verschiedenen Berufe mit sich bringen, unsere Würdigung, obschon sie im Zusammenhang mit der Pellagra uns fast nur akademisches Interesse gezeigt haben.

Denn während des Verfolges der Geschichte der Pellagra, und insbesondere in der neueren Zeit, mußte es uns auffallen, daß die geographische Breite den Standort der Pellagra besonders bestimmt hat.

Überblicken wir die Geschichte der Pellagraausbreitung in Italien und Spanien, so sehen wir, daß die Pellagra eine besondere Vorliebe für fruchtbares Gelände hat, das in warmer Breite und in niederer Seehöhe gelegen ist, und überdies noch unvollkommene Maßregeln für Gesundheitsschutz aufweist. Ich kann, ohne erfolgreichen Widerspruch befürchten zu müssen, feststellen, daß die Pellagra ursprünglich weder in großer noch in geringer Ausbreitung in einem Gelände auftauchte, das eine bedeutende Seehöhe, eine hohe geographische Breite, eine vollkommene Schmutzwasserabfuhr besitzt.

Die übereinstimmende Meinung der europäischen Ärztewelt scheint dahinzugehen, daß der vergangene große Krieg von einem Verschwinden der Pellagra in Europa begleitet war. Trotzdem soll man die Gefahr eines Neuauflebens nicht aus dem Auge verlieren. Solchem Neu- oder Wiederauftritt werden Gegenden unterworfen sein, die bei niedriger

Digitized by Google

geographischer Breite und niedriger Seehöhe Flußläufe umschließen. Zutreffenden Falles ist dadurch der Suche nach der Krankheit und ihrer Beobachtung in den entsprechend gelegenen Ebenen längs der südamerikanischen, afrikanischen, südasiatischen und australischen Flußläufe ein weites Feld gegeben.

Im Gespräche über die wahrscheinlichen Pellagraursachen mit einem Arzte eines oberitalischen Gesundheitsamtes ersuchte ich ihn, mir auf einer Landkarte Italiens die Pellagraausbreitung zu zeigen. Sofort fuhr seine Hand über das, was er die nördlichen Provinzen nannte, also die Poebene oder das Pobecken, ein Herdgebiet, das sich gegen das Adriatische Meer öffnet, zwischen dem 42. und 47. Breitegrad liegt, das aber die Alpen nicht überschreitet. Auf meine Frage, warum Süditalien von Pellagra verschont sei, erwiderte er ohne Zögern: „Dort essen sie Spaghetti, hier in Oberitalien genießen sie aber viel Mais." Eine Antwort, die sich mit der Meinung der Mehrzahl der europäischen Kollegen, wo immer ich sie befragte, deckt.

Das führt zur Frage der Maisnahrung als mögliche Pellagraursache. Nun besteht aber die Hauptnahrung der mexikanischen Landbevölkerung aus „Frejol-Bohnen" und „Tortillas". Die Tortillas werden aus Maismehl und Wasser zubereitet und in einem Ofen als dünne Scheibenkuchen ausgebacken. Ich lenke ferner die Aufmerksamkeit auf die Bevölkerung der Vereinigten Staaten, die, ob reich ob arm, von Ost bis West, von Nord bis Süd dreimal täglich in irgend einer Form Maisnahrung zu sich nimmt.

Mais wird so ziemlich allgemein in den Vereinigten Staaten angebaut: Von Florida bis Wiskonsin, von Maryland bis Texas. Die Strecke, innerhalb welcher Mais gebaut wird, dehnt sich aber um vieles weiter, als die Pellagraherde, und der Bereich, innerhalb dessen Mais genossen wird, zieht über die ganzen Staaten.

Als wir in den Vereinigten Staaten über Pellagra Erfahrungen zu sammeln begannen, war es kein unmögliches Ereignis, daß Pellagröse durch drei, auch vier Jahre von Arzt zu Arzt wanderten, ehe das Leiden richtig erkannt wurde. Das erweckt den Argwohn, daß Pellagra auch gefunden werden könne, wenn man nach ihr dort sucht, wo sie zeïstischen Anschauungen nach nicht zu vermuten wäre. So fand ich erbgesessene Fälle längs des Pekoslaufes in West-Texas, in einem trockenen, um nicht zu sagen ausgedörrtem Lande, wo Mais nicht gepflanzt werden kann. Andererseits ist Illinois unser Haupt-Mais-Staat. Durch zwei Jahre suchte man dort mit größter Genauigkeit unter Führung von Ormsby-Chicago und unter Aufwand bedeutender Mittel (200000 Dollars) nach Pellagrafällen und fand keine. Betrachtet man dieses Ereignis im Sinne des Vorgebrachten, so zeichnet sich die Lage von Illinois durch höhere geographische Breite und bedeutende Entfernung vom Meere aus.

Ich sandte an 14000 Ärzte in allen Vereinigten Staaten gedruckte Rundfragen nach allfälligem Vorkommen von Pellagra. Nicht ein Fall wurde aus dem Gebiete nordwärts des 40. Parallelkreises und westlich des Ostfußes der Rocky Mountains bekannt. Dagegen berichteten die Ärzte aus dem Gelände südlich des genannten Kreises und östlich der Berge die Anwesenheit von verschieden starken Pellagraherden.

Digitized by Google

Die Breitenausdehnung des Pellagragebietes in den Vereinigten Staaten reicht so weit, als die ganze West-Ost-Ausdehnung Europas und und ihre Längenausbreitung wie von London nach Algier. Das Pellagragebiet Norditaliens hingegen ist annähernd nicht länger als 400 km von Ost nach West und vielleicht 300 km von Nord nach Süd. Das nordamerikanische Ausbreitungsgebiet der Krankheit ist also gut zehnmal so lang und sechsmal so breit.

Die Erklärung für diese Erscheinung scheint in den weiten, von Gebirgsketten nirgends unterbrochenen Ebenen zu liegen; im anderen Falle in der kurzen Entfernung des Meeres von den Bergen. In Mexiko — so möchte es scheinen — würden dieselben Verhältnisse bestehen, zumal das naheliegende Texas und die übrigen Südstaaten in den letzten 15 Jahren von Pellagra befallen wurden und ihre Opfer nach Zehntausenden zählten. Mexiko jedoch, das nur durch den Rio Grande hiervon getrennt ist, entkam der Krankheit, dasselbe Mexiko, dessen ackerbauende Bevölkerung nahezu ausschließlich von Maisbrot und Bohnen lebt. Ein Blick auf die Landkarte zeigt eben eindrücklich, daß die Rocky Mountains in ihrer Ausdehnung von Alaska bis nach Vera Cruz ein natürliches Bollwerk bilden, das Mexiko ebenso schützte, als den entsprechenden Teil der Vereinigten Staaten. Roberts-Atlanta (Georgia) sagt: „Die Vertreter der Maistheorie hatten mehr als 100 Jahre Zeit ihre Ansicht zu beweisen, ohne daß sie es vermochten."

Europäischen Pellagraforschern mag es scheinen, daß diese Feststellung sich ihren bisherigen Ansichten stark entgegenstemme. Wenn wir aber der Tatsache in die Augen sehen, daß die Pellagra mehr als 100 Jahre auf ein kleines Gebiet Norditaliens beschränkt blieb, während sie sich in den Vereinigten Staaten innerhalb weniger kurzer Jahre von der Küste des atlantischen Meeres bis zu den Rocky Mountains ausbreitete, so können wir durch die Erklärung nicht befriedigt sein, daß allein die Maisnahrung dies bewirkt haben sollte.

Der Hauptstreitpunkt, um den sich der Kampf der Zeïsten dreht, ist, daß die Pellagra unbekannt war, bis der Mais nach Europa eingeführt wurde, was gegen das Ende des 17. Jahrhunderts geschah. Dieser Punkt verliert aber viel an Bedeutung, wenn man sich daran erinnert, daß Maisnahrung durch mehr als 300 Jahre in Amerika genossen wurde, bevor die Krankheit dort ausbrach, ja, daß Mais in den Vereinigten Staaten seit der ersten Niederlassung in St. Jamestow (1607) eines der Hauptnahrungsmittel bildete. Während dieser 315 Jahre regelmäßigen Maisverbrauches war in den Vereinigten Staaten bis in die allerletzte Zeit nie etwas von Pellagra wahrzunehmen. In derselben Zeit von mehr als drei Jahrhunderten hatten wir manche Ausbrüche von Hungersnot und waren oft gezwungen, uns von schlecht erhaltenem und verdorbenem Mais zu ernähren. Der Menschheit war aber die Pellagra nur durch halb soviel Zeit bekannt. Es ist eine altbekannte Tatsache, daß die amerikanischen Indianer den Mais den Weißen als Nahrung zu benutzen gelehrt hatten. Der Amerikaner hätte wie kein zweites Volk Maisverbrauch als Ursache der Pellagra kennen lernen müssen.

Wenden wir uns zu der Frage, wann und wo die Pellagra nach roher Schätzung in den Südstaaten auftauchte, und nicht, wie sie dahin-

Digitized by Google

gekommen sein mochte, so bezeugen die zuverlässlichsten Nachrichten, die wir darüber besitzen, daß sie zuerst zwischen 1905 und 1909 einzelne und an Orten ergriff, die in den Staaten Carolina, Georgia, Florida, Alabama, Mississippi, Louisiana und Texas zerstreut waren.

Es liegt nahe anzunehmen, daß sie in der Gegend von New Orleans an der Mississippimündung auftauchte und nun stromaufwärts wanderte, bis sie zwischen dem 35. und 40. Grade eine nördliche Breite fand, die ihre Weiterverbreitung nicht weiter begünstigte. Es scheint, daß sich dann ihr Gebiet zu beiden Stromseiten nach Ost und West ausdehnte, bis sie im Osten den Ozean und im Westen die Gebirge erreichte.

Sollte sich die Annahme, daß der Ackerboden, entsprechend seiner geographischen Breite, seiner Seehöhe und vielleicht dem Abstande vom Meere als Vermittler für das Entstehen der Pellagra in Betracht käme, bewahrheiten, dann ist es in Zukunft denkbar, mit Berücksichtigung solcher Umstände neue Pellagraherde aufzudecken.

Liest man die Geschichte der Pellagraausbreitung in Spanien, so findet man neuerlich, daß nicht die Gebirgsgegenden, sondern die Täler die befallenen Stellen waren. Roussel in seinem Buche „La Pellagre" sagt, daß „die Pellagraherde in einer großen Zahl von Orten gefunden werden, die weit voneinander entfernt sind".

„Die Krankheit traf man nicht nur in Nordspanien, sondern auch in Mittelspanien, im Ebrotale, im Becken des Quadalquivier, im oberen Becken des Guadiana, nahe der portugiesischen Grenze, im Becken des Duero. Des weiteren in Asturien, wo sie Casal zuerst fand. Sie erstreckte sich von der Küste zwischen Aviles und Gijon bis zum Fuße der Berge."

Die Karte von Spanien nun zeigt, daß diese weit voneinander getrennten Pellagraherde Roussels Täler oder Talbecken sind, die durch 1200—3400 m hohe Berge getrennt sind.

Nach unserer Erfahrung über die Pellagra in den Vereinigten Staaten wurden sohin unter anderem folgende Tatsachen beobachtet:

1. Pellagra scheint durch große Seehöhe, hohe geographische Breite, tiefes Meer und einen zeitgemäßen Gesundheitsschutz in ihrer Ausbreitung behindert.

2. In den Vereinigten Staaten wurde Mais schon vor Ankunft des Weißen angepflanzt und zur Nahrung verwendet, dennoch wurde uns die Pellagra erst seit wenigen Jahren bekannt.

3. Pellagra trifft man gemeiniglich nur am Lande oder in ländlichen Ansiedelungen, in Großstädten ist sie unbekannt.

4. Pellagra befällt nur solche Örtlichkeiten und breitet sich nur dort aus, wo Wasserspülung zur Entfernung von Abfallstoffen fehlt, meidet aber Örtlichkeiten, die solche Einrichtungen besitzen.

5. Pellagra befällt Kinder unter 10 und Erwachsene über 55 Jahre mit derselben Sterblichkeitsziffer für beide Geschlechter. Zwischen dem 15. und 55. Lebensjahre hingegen sind Frauen bei weitem häufiger ergriffen. In manchen Orten ist das Verhältnis sogar 19:1.

6. Die Nahrung scheint weder beim Ausbruch noch bei der Verbreitung der Pellagra irgend eine Rolle gespielt zu haben.

7. Pellagra befällt arm und reich.

Digitized by Google

8. Pellagra befällt den Weißen und den Neger.

9. Während Pellagra als eine Krankheit angesehen wird, die im allgemeinen zur Frühlingszeit zum Vorschein kommt, sehen wir auch deutliche Fälle, die im Herbste beginnen und den Anfall bis in das Frühjahr ausdehnen.

10. Da man den Pellagraausbruch durch Verabreichen von Thymol und Chenopodiumöl vereiteln kann, so muß die Möglichkeit erwogen werden, daß die Pellagra eine gastro-intestinale Infektion sei.

Aus der dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses zu Berlin (Dirig. Arzt: Prof. Dr. Buschke).

Zur Statistik der Verheirateten unter den Geschlechtskranken.

Von

Dr. Willy Reichenbächer, Assistenzarzt der Abteilung.

Die Statistiken über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten im Krieg haben uns gelehrt, daß die Geschlechtskrankheiten während der Kriegsjahre zugenommen haben, was besonders die Zahlen der Verheirateten unter den Geschlechtskranken beweisen. Also ist somit die Gefahr sehr groß geworden, daß die Geschlechtskrankheiten durch die Zunahme der verheirateten Geschlechtskranken in die Familien getragen werden.

Während des Krieges nämlich entfiel beim Heer nach den übereinstimmenden Statistiken von A. Neisser (34%), Scholtz (33 1/3%) und Vogel (35%) ein volles Drittel der im Kriege geschlechtlich Erkrankten auf Verheiratete, so daß diese Zahl (1/3) also im großen und ganzen für das ganze Heer zutreffend sein durfte. Nach meiner Dissertation: „Über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten im Krieg und durch den Krieg" (Univ.-Hautklinik Würzburg, Prof. Dr. Zieler, März 1920), wurden bei dem umfangreichen Material von 39672 geschlechtskranken Soldaten, die vom Januar 1916 bis Oktober 1918 im Kriegslazarett IV Brüssel behandelt worden sind, als verheiratet gefunden: 40,1%. Die Zahl der Verheirateten beim Heer ist also erschreckend hoch gewesen. Die für die Allgemeinheit entstehende Gefahr, nämlich, daß infolge des Krieges die Geschlechtskrankheiten in bisher verschonte Kreise, wie Ehen und Landbevölkerung, dringen könnten, hält Notthafft aber für gering. Indessen macht Blaschko u. a. auf die Sterilität der Ehen aufmerksam, die 11% aller Ehen im Deutschen Reiche ausmachen, mehr als die Hälfte davon durch die Gonorrhoe. Der durch die Gonorrhoe verursachte Geburtenausfall wurde bisher auf 200000 jährlich für Deutschland geschätzt. Inwieweit die Geschlechtskrankheiten zur Verminderung der psychischen und physischen Wertigkeit der Nachkommenschaft beitragen, das wäre ebenfalls zu bedenken.

Wie lagen nun die Verhältnisse vor dem Kriege?

Auch in Friedenszeiten ist unter der Zivilbevölkerung die Zahl der geschlechtskranken Verheirateten sehr hoch gewesen. In Friedenszeiten machten nämlich nach der Berliner Statistik (1891—92) von Blaschko die verheirateten Männer 20%, die verheirateten Frauen 47,5% aus. — Vom 20. November bis 20. Dezember 1913 ergaben die Zahlen:

in Breslau:	verheiratete	Männer 33,6%
	„	Frauen 36,5%
in Leipzig:	„	Männer 27,7%
	„	Frauen 38,5%

In München (vom 7. Januar bis 6. Februar 1914) betrugen die Zahlen der Verheirateten 31,25%. Brandweiner gibt an: Von mehr als 10000 Pat. der Fingerschen Poliklinik waren verheiratete Männer 12%, verheiratete Frauen 7%. In Brüssel beliefen sich nach Bayet die Zahlen von ungefähr 2000 in Hospitälern behandelten Syphilitischen auf: verheiratete Männer 30% (26% außer der Ehe infiziert!), verheiratete Frauen 36%.

Digitized by Google

Wie haben sich nun die Verhältnisse nach dem Krieg gestaltet? Man müßte nach den vorausgegangenen Zahlen der Kriegsstatistiken annehmen, daß die Zahl der Verheirateten unter den Geschlechtskranken gestiegen ist. Unser klinisches Krankenmaterial vom Jahre 1920 am Städtischen Rudolf-Virchow-Krankenhaus zu Berlin hat dagegen auffallend niedrige statistische Zahlen ergeben. Es erkrankten an Verheirateten:

Gonorrhoe:	Männer	16,20%	Frauen	9,19%
Syphilis:	„	19,09%	„	15,84%

Es ist aber zweifellos, daß diese Zahlen den tatsächlichen Verhältnissen nicht entsprechen. Ich glaube einmal annehmen zu dürfen, daß die Aufklärung des Großstadtpublikums und die zahlreich eingerichteten Beratungsstellen für Geschlechtskranke eine immerhin nicht zu unterschätzende Rolle spielen, so daß die Erkrankten frühzeitiger zur Behandlung kommen und so zum Teil schweren Komplikationen entgehen, die sie sonst in die Klinik zwingen würden. Vielleicht ist nicht minder von Bedeutung, daß sich nach dem Kriege mehr Fachärzte für Geschlechtskrankheiten niedergelassen haben, wodurch die Pat. sich in größerer Anzahl der ambulanten Behandlung unterziehen und so der klinischen Beobachtung fern bleiben. Ganz besonders aber spricht die soziale Lage mit, denn Verheiratete werden natürlich so lange wie möglich während der ambulanten Behandlung arbeitsfähig bleiben wollen, um den Unterhalt für die Familie bestreiten zu können. Weiterhin ist von ausschlaggebenden Einfluß die veränderte Organisation der Krankenkassenverhältnisse. Pat., die in ambulanter Behandlung stehen, beziehen relativ höhere Krankenkassengelder, außerdem steht auch Erwerbslosen die kassenärztliche Behandlung offen, wodurch der Zulauf zur Klinik bedeutend abgeschwächt wird. Schließlich werden durch die freie Arztwahl nicht bloß die allgemeinen, sondern auch die Fachärzte häufiger aufgesucht, die ihrerseits die Pat. seltener der Klinik überweisen. In Berlin absorbieren nebenbei die Kassenkrankenhäuser viel Pat. Außerdem scheinen in letzter Zeit die Krankenkassen viel darauf zu sehen, daß die sehr teure Krankenhausbehandlung möglichst eingeschränkt wird.

Alle diese Umstände dürften genügend Gründe für unsere sicherlich zu klein erhobene Prozentzahl an verheirateten Geschlechtskranken bieten. Dem wahren Sachverhalt würde man sicher näher kommen, wenn von statistischen Ämtern, Krankenkassen, Beratungsstellen und Ärzten mit umfangreicher Kassenpraxis ebenfalls statistische Zahlen nach dieser Richtung hin erhoben würden. — Dazu soll diese Arbeit Anregung geben.

Die Salvarsan-Cyarsal-Mischspritze in der ambulanten Behandlung.

Von

Dr. Jos. Stangenberg in Bonn.

Die zuerst von Linser eingeführte einzeitige Salvarsan-Quecksilberbehandlung, von Oelze zutreffend Mischspritze genannt, scheint einen neuen Abschnitt in der Syphilistherapie einleiten zu wollen.

Ehe wir uns aber ein endgültiges Urteil über den Wert dieser Behandlungsmethode erlauben dürfen, sind noch weitere ausgedehnte Angaben über ihre Erfolge bzw. Mißerfolge erforderlich.

Vom praktischen Standpunkte aus betrachtet, läßt der Eingriff alle anderen Methoden weit hinter sich. Wir hätten nicht mehr die für die meisten Patienten unangenehme Inunktionskur nötig, obwohl bisher die beste Art der Einverleibung des Quecksilbers. Wir könnten die intramuskulären Hg-Injektionen mit ihren Schmerzen und Beschwerden entbehren. — Bestechende Vorzüge sind es also, die äußerlich bei der Mischspritze ins Auge fallen!

Digitized by Google

Entspricht der innere Wert diesen äußeren Vorzügen? Eine ausreichende Antwort kann zur Zeit darüber noch nicht gegeben werden.

Da die meisten antisyphilitischen Kuren ambulant durchgeführt werden, so wären gerade die Urteile der Praktiker von allergrößter Bedeutung, denen keine klinischen oder Krankenhauspatienten zur Verfügung stehen, die unter den in den betreffenden Anstalten gewohnten ruhigen Verhältnissen usw. behandelt werden. Der Unterschied zwischen ambulanter und stationärer Behandluug ist doch tatsächlich, namentlich hinsichtlich Verträglichkeit ein zu großer, als daß man ihn leicht übergehen dürfte. Und gerade die Ergebnisse der ambulanten Behandlung mit der Mischspritze vermißt man bisher in der Literatur zu sehr.

Die Fälle, über die ich im folgenden berichten möchte, sind alle ambulant behandelt worden. Zum Teil kamen die Patienten von weither mit der Eisenbahn, um am gleichen Tage wieder nach Hause zu fahren.

Bei der Behandlung machte ich Gebrauch von dem von der Firma Riedel in den Handel gebrachten Cyarsal. Über die Art und chemische Zusammensetzung des Präparates bedarf es keiner weiteren Erläuterung, da es aus früheren Arbeiten schon bekannt ist.

Ich kombinierte es bisher mit Neosalvarsan und kann schon vorwegnehmen, daß die „Mischung" im allgemeinen gut vertragen wurde.

Die Injektionen wurden jeden fünften Tag durchgeführt, und zwar im Liegen. Eine Methode, die, wie man immer wieder hören kann, noch nicht allgemein durchgeführt wird, obwohl der Körper in ausgestreckter Ruhelage am besten einen größeren Eingriff — und das bleibt eine Salvarsaninjektion stets — vertragen kann.

Frauen erhielten zuerst 0,5 ccm Cyarsal mit 0,3 Neosalvarsan, später 1,0 ccm und von der dritten Einspritzung ab 2,0 ccm Cyarsal mit je 0,45 Neosalvarsan.

Dieser Modus wurde nicht immer schematisch durchgeführt, sondern es wurde auf die Körperkonstitution und andere Verhältnisse Rücksicht genommen. Die Behandlung an den Tagen der Menses ausfallen zu lassen, war, wie die Beobachtung ergab, nicht erforderlich.

Bei Männern wurde im allgemeinen mit 1,0 ccm Cyarsal und 0,45 Neosalvarsan begonnen und weiter mit 2,0 ccm Cyarsal und 0,6 Neosalvarsan fortgefahren. Im allgemeinen erhielt jeder Patient zehn Injektionen, so daß bei Frauen insgesamt 17,5 ccm Cyarsal und 4,3 Neosalvarsan, bei Männern 19,0 ccm Cyarsal und 5,85 Neosalvarsan gegeben wurden.

Ich hatte bisher Gelegenheit, bei 73 Patienten die Mischinjektionen machen zu können, von denen 60 sich zum ersten Male einer derartigen Behandlung unterzogen; darunter 42 Frauen und 31 Männer. Von den Frauen blieben während der Behandlung 7 aus, von letzteren 6, so daß 60 Patienten vollständig durchbehandelt wurden. Keine große Zahl, aber doch immerhin mit dazu beitragend, um sein Urteil über die Behandlung weiter bilden zu können.

An Krankheitsstadien waren vertreten 6 (2)[1]) Fälle von sero-negativer Syphilis I, 3 (1) Fälle von sero-positiver Syphilis I, 16 (1) Fälle von

[1]) Zahlen in Klammern bedeuten die vorzeitig abgebrochenen Kuren.

Digitized by Google

Syphilis II, 4 (2) Fälle von Syphilis III, 17 (1) Fälle mit latenter Syphilis bei positiver WR, 26 (6) Fälle mit Syphilis latens bei negativer WR. Ich führe auch letztere mit an, um sie als Beispiel für die gute Verträglichkeit der Mischspritze hinstellen zu können.

Endlich kam noch ein Fall von Syphilis cerebri zur Behandlung.

Zusammenfassend kann ich betonen, daß die Kuren sich durchweg ohne besondere Nebenerscheinungen durchführen ließen. Von Frauen wurde allerdings sehr oft über einen höchst unangenehmen Geschmack bzw. Geruch während der Injektion geklagt. Von Männern hörte ich diese Klagen weniger. Kopfschmerzen nach der Injektion stellten sich im allgemeinen auch nur bei Frauen ein. Von kräftigen Naturen wurden darüber allerdings wohl kaum Klagen geführt.

Ich führe sie nicht so sehr auf die Injektion an und für sich zurück, vielmehr scheinen sie mir eine Folge des eben erwähnten unangenehmen Äther-Bittermandelgeruches zu sein. Wenn bei der nächsten Injektion nur Neosalvarsan zur Verwendung kam, blieben sie meistens weg.

Brechreiz stellte sich des öfteren bei Frauen ein. Zum Erbrechen ist es allerdings in keinem Falle gekommen.

An dieser Stelle sei eingeschaltet, daß die Injektionen langsam gemacht wurden, gewöhnlich innerhalb 30—45 Sekunden.

Ikterus wurde einmal bei einer Frau beobachtet, die wegen latenter Syphilis in Behandlung stand. Er zeigte sich sehr stark, um aber verhältnismäßig schnell unter geeigneter Diät usw. wieder zu verschwinden. Ob derselbe irgendwie mit der Behandlung zusammenhing, ist fraglich. Auf jeden Fall ist die Patientin jetzt nach Wochen vollständig gesund geblieben.

Auf das Zahnfleisch scheint die Mischspritze wenig einzuwirken, im Gegensatze zu anderen löslichen Hg-Präparaten. Stomatitisfälle erlebte ich wenigstens nicht. Ob wir dieses dem Cyarsal als Vorteil anrechnen dürfen oder ob es nicht ein Zeichen von zu schwacher Allgemeinwirkung ist, wage ich hier nicht zu entscheiden.

Bezüglich der Wirkung des Salvarsan-Cyarsals auf die Krankheitserscheinungen ließ sich feststellen, daß Primäraffekte sich langsamer zurückbildeten, als bei der kombinierten Hg-Salvarsankur. Dieselbe Feststellung wurde auch von anderer Seite gemacht.

Sekundäre Symptome dagegen, vor allem auf den Schleimhäuten des Mundes und Rachens, schienen mir schnell zu verschwinden. Ebenso bildeten sich ulzero-serpiginöse spätsyphilitische Krankheitsherde verhältnismäßig schnell zurück. Syphilitische Drüsenschwellungen zeigten langsamen Rückgang.

Was nun die Wirkung der Salvarsan-Cyarsalinjektionen auf den serologischen Befund angeht, so trat der Umschlag aus der positiven in die negative Phase der WR reichlich spät ein, in vielen Fällen erst ganz gegen Ende der Kur. Negativ wurde die WR in allen vorher positiv reagierenden Fällen mit Ausnahme von vieren. Und zwar handelte es sich bei zwei Patienten um rezidivierende Syphilis II — davon eine sehr stark vernachlässigt — und zwei Fälle von latenter Syphilis. Von letzteren bot aber einer 2 Monate nach beendeter Kur ebenfalls einen negativen Ausfall.

Digitized by Google

Von den Patienten, die mir für diese Abhandlung als Material dienten, konnte bisher ein Viertel etwa 2 Monate nach beendeter Kur nachuntersucht werden. — Alle fühlten sich wohl und waren von Rückfällen frei geblieben; bei allen fand sich vor allem auch eine negative WR.

Ob diese günstigen Ergebnisse auch weiter anhalten, muß die Zukunft lehren, besonders bei den Patienten, die mit sero-negativer Syphilis I in Behandlung traten.

Auf jeden Fall hat sich auch bei meinen Patienten gezeigt, daß die Wirkung der Salvarsan-Cyarsalspritze eine gute ist, daß sie vor allem auch unbedenklich ambulant gegeben werden kann, so daß die Kranken ihrem Berufe weiter nachgehen können. Ob sie unsere altbewährten kombinierten Methoden zu ersetzen vermag, läßt sich zur Zeit noch nicht sagen.

Antitrein Dr. Petersen, ein Antigonorrhoikum.

Von

Dr. Johanna Klein in Düsseldorf.

Vor etwa 7 Wochen wurde mir ein Mittel zwecks Anstellung von Versuchen überreicht, das, bereits in kleinerem Umfange ausgeprobt, auffallende Erfolge bei Gonorrhoe gezeigt hatte. Ich begann, alle Fälle von Gonorrhoe, postgonorrhoischem Fluor, Urethritis, sowie alle Fälle von Fluor nichtgonorrhoischen Ursprunges mit Antitrein Dr. Petersen zu behandeln, und in kurzen Worten möchte ich in Folgendem meine Beobachtungen niederlegen.

Männern, die mikroskopisch nachweisbar Tripper hatten, gab ich das Medikament mit, sie anweisend, 3—4 mal täglich in der üblichen Weise zu injizieren und die Injektionsflüssigkeit 5 Minuten in der Urethra zu belassen. Unterstützend ließ ich, wie sonst bei Gonorrhoe, täglich ein heißes Sitzbad nehmen. Die Patienten ließ ich nach 3—4—5 Tagen wiederkommen, um ein mikroskopisches Präparat anfertigen zu können; und dann sah ich in fast allen Fällen überraschenderweise, daß die Leukozyten bedeutend abgenommen, Gonokokken nur spärlich vorhanden, und daß die Patienten, besonders solche, die bereits einmal oder öfter Gonorrhoe gehabt, ihr Erstaunen darüber ausdrückten, wie schnell der Fluor nachgelassen, daß beim Urinieren keine Schmerzen vorhanden, und daß das Medikament selber weder Schmerz noch Reiz verursache. Mehrere der behandelten Fälle waren nach acht Tagen bereits ohne jede Erscheinung, morgens ohne Tropfen, und die Absonderung der Harnröhre, mit der Platinöse entnommen, ohne pathologischen Befund. Patienten, die nach so kurzer Zeit keinen Befund mehr hatten, ließ ich nach acht Tagen zur Nachuntersuchung kommen; in der Zwischenzeit war nicht behandelt worden. Wurde nach Ablauf dieser acht Tage nichts gefunden, so wurden die Kranken wiederum nach acht Tagen bestellt. Dann aber, falls auch jetzt nichts gefunden wurde, der Patient entlassen mit der Weisung, sich sofort einzufinden, falls das Geringste sich zeige. Von 12 Patienten kam einer (er hatte nach achttägiger Behandlung keine Erscheinungen mehr gehabt) nach weiteren acht Tagen mit der Meldung, es hätte sich morgens etwas Ausfluß gezeigt. Im Präparat waren spärlich Leukozyten, dahin Gonokokken nicht mehr nachzuweisen. Ein zweiter Fall war ähnlich. Hier hatte der Mann sechs Tage nach Einstellung der Behandlung morgens Ausfluß bemerkt. Auch hier im Präparat keine Gonokokken. Es wurde weiter injiziert, nach drei bzw. zwei Tagen wurde nichts mehr wahrgenommen. Nach weiteren acht Tagen Meldung, daß nichts mehr bemerkt worden sei. Seitdem kein Rezidiv.

Frauen wurden in der Weise behandelt, daß Tampons, reichlich mit dem Medikamente getränkt, hoch in die Scheide eingeführt wurden. In allen Fällen, auch wo die Urethra nicht mitinfiziert war, wurde dieselbe gleichzeitig behandelt, indem 5—10 ccm des Medikaments in die Urethra injiziert wurden. Je nachdem, wie die Patienten Zeit fanden,

Digitized by Google

wurden sie täglich, sonst jeden 2.—3. Tag behandelt. Zu Hause ließ ich keine Spülung machen, um jede weitere Beeinflussung auszuschalten. Nur ordnete ich auch hier täglich ein heißes Sitzbad an und gebot Diät (Vermeiden von Alkohol, Überanstrengung usw.). Mehrere Fälle waren nach 14 Tagen frei von Gonokokken, der Fluor war in sechs Fällen auffallend schnell zurückgebildet, in einigen weiteren wesentlich gebessert. Doch machte ich die Beobachtung, daß alle Erscheinungen bei der männlichen Gonorrhoe schneller abgeheilt waren; vielleicht weil im letzteren Falle die Behandlung intensiver war, da Frauen die Behandlung nicht selber in ergiebiger Weise ausführen konnten. Hier wären weitere Versuche mit Spülungen, denen das Medikament in entsprechender Weise zugesetzt würde, anzustellen.

Besonders dankbar war die Behandlung nichtgonorrhoischer Urethritis beim Manne. In mehreren Fällen war die lästige deprimierende Erscheinung, die vorher wochenlang gedauert und nicht auf andere Medikation reagierte, bereits nach 3—6 Tagen völlig verschwunden. Von den sechs behandelten Fällen dieser Art zeigte sich bis heute (nach 4—6 Wochen) kein Rezidiv. Mehrere Fälle von Zystitis mit schmerzhaften Tenesmen reagierten günstig nach wenigen Tagen. So erhielt eine Frau von 45 Jahren, die seit 3 Monaten über häufigen und schmerzhaften Harndrang klagte, mit Balsamizis, Blasenspülungen behandelt worden war, jetzt an drei aufeinanderfolgenden Tagen täglich die Injektion. Außer Wärmeapplikationen wurde sonst nichts angeordnet. Am vierten Tag äußert diese Frau spontan ganz bedeutende Besserung, der Drang habe nachgelassen, Schmerzen seien nicht mehr vorhanden und vor allen Dingen müsse sie nachts nur 1—2 mal Wasser lassen, während sie sonst sehr oft erwacht sei. Jetzt schlafe sie ruhig und hoffe ihre Nervosität zu verlieren.

Ähnlich verlief der Fall einer 58jährigen Frau, die vorher lange ohne Erfolg behandelt, nach fünftägiger Behandlung außerordentliche Besserung zeigte.

Da das Medikament eine außerordentlich stark adstringierende Wirkung besitzt, war es mit zusehendem Erfolge bei Fluor verschiedenster Provenienz zu gebrauchen. Fälle hartnäckigster Art, die immer wieder der Behandlung getrotzt, wurden nun auffallend günstig in kurzer Zeit, oft nach Tagen, beeinflußt.

Vorstehende Zeilen machen keinen Anspruch darauf, als definitives Urteil zu gelten. Sie sollen nur Veranlassung geben, dieses Medikament des Weiteren auszuprobieren. Die Zeit der Beobachtung ist, besonders in bezug auf Rezidive oder Komplikationen, von nicht genügender Dauer. Es wäre wünschenswert, daß weitere Versuche, besonders an Krankenhausmaterial, gemacht würden.

Fachzeitschriften.

Réunion Dermatologique de Strasbourg.

Sitzung vom 13. November 1921.

Scheffer, Rietmann und Lix: **Tuberkulose der Haut, Knochen und Gelenke** (Tuberculose cutanée, osseuse et articulaire). Bei dem 18 Jahre zurückliegenden ersten Aufenthalte der Kranken in der Klinik war die Diagnose Lupus gestellt worden. Bei den zur Zeit nach verschiedenen Richtungen wiederentwickelten Erscheinungen war differentialdiagnostisch zwischen einer Mykose, Syphilis und Tuberkulose zu entscheiden. Gegen erstere spricht das völlige Sterilbleiben der Kulturen und die Wirkungslosigkeit von JK, gegen Syphilis dauernd negative WR, der histologische Befund, lange Dauer der Krankheit, Versagen der Salvarsanbehandlung; so bleibt die Diagnose Tuberkulose übrig, obwohl die Intradermoreaktion zweimal negativ war, der Eiter stets steril befunden wurde und beim Meerschweinchen keine allgemeine Tuberkulose erzeugte.

J. Roederer und R. Camus: **Sekundäre Syphilis bei einem kongenital Syphilitischen** (Syphilis secondaire chez un hérédo-syphilitique). Die ausgesprochenen Zeichen einer frischen Syphilisinfektion fanden sich bei einem 20jähr. Menschen, der zuvor keinerlei Hauterscheinungen bemerkt hatte. Er zeigt zahlreiche Dystrophien am Skelett, wenig entwickelte Intelligenz, Störungen endokriner Drüsen, zentral bedingte Pupillendifferenz; 10 Geschwister waren wenige Tage nach der Geburt gestorben. Es scheint sich danach unzweifelhaft um einen kongenital Syphilitischen zu handeln.

Digitized by Google

L. M. Pautrier und Olga Eliascheff: **Lupus miliaris disseminatus des Rumpfes und der oberen Extremitäten** (Lupoides miliares disséminées du tronc et des membres supérieurs). Ausgedehnter Knötchen-Ausschlag mit zahlreichen Narben untermischt, bemerkenswert durch die ungewöhnliche Lokalisation. Rapides Schwinden unter Salvarsaneinspritzungen, zur Zeit klinisch geheilt.

L. M. Pautrier: **Parapsoriasis lichenoides mit Beziehungen zu Hautatrophien** (Parapsoriasis lichenoides allant vers les atrophies cutanées). Fast am ganzen Körper teils teppichartig ausgebreitet, teils streifen- und netzförmig erythematös-schuppende Effloreszenzen, untermischt mit atrophischen, von Teleangiektasien durchzogenen Herden. Obgleich eine gewisse Ähnlichkeit mit der Poikilodermie (Jacobi) besteht, dürfte es doch nicht berechtigt sein, den Fall aus der Gruppe der Parapsoriasis lichenoides herauszunehmen, in der er einer Untergruppe den Namen der retikulären Hautatrophie geben könnte.

Bruno Bloch: **Neue Untersuchungen über das Problem des Hautpigmentes** (Nouvelles recherches sur le problème de la pigmentation dans la peau). B. hat durch chemische Reaktionen den Nachweis geliefert, daß die Bildung des Pigments in Abhängigkeit von einem Ferment vor sich geht; bei dieser Dopa-Reaktion (Dopa = Dioxyphenylalanin) handelt es sich um einen Oxydationsprozeß, zu dem nur vom Ektoderm stammende Zellen befähigt sind. Die Reaktion ist absolut spezifisch, man kann behaupten, daß sie auf der Wirkung eines intrazellulären Fermentes von der Natur der Oxydasen abhängt. Daß unter dessen Einfluß auch die Bildung des natürlichen Melanins geschieht, wird aus dem Parallelismus zwischen Grad der Dopa-Reaktion und Intensität der natürlichen Pigmentierung, übereinstimmendem Sitz der Verarbeitung des Pigmentes und der Dopa-Reaktion, Übereinstimmung der Zeit, in der beide zuerst bei dem sich entwickelnden Embryo zu beobachten sind, negativem Ausfall der Reaktion bei Albinos und bei einer Haut, deren pigmentbildende Fähigkeit zerstört ist, geschlossen. Findet sich Pigment in Zellen mesodermalen Ursprunges, so ist es daselbst nicht authochton entstanden. Die Spezifizität der Dopa-Oxydase, die nur auf Dioxyphenylalanin reagiert, und die nahe Verwandtschaft der letzteren mit dem Adrenalin legen den Gedanken nahe, daß die Muttersubstanz, von der das Pigment herstammt, ein der Dioxyphenylalanin nahe stehender, durch das Blut zu den pigmentbildenden Zellen geführter Körper sein könnte. E. Levin-Berlin.

Zeitschrift für Urologie.

1922, Bd. 16, H. 3.

Über die elektive Wirkung von Tellurverbindungen auf die Bazillen der Typhus-Koligruppe und ihre praktische Bedeutung für die Urologie, von G. Joachimoglu-Berlin. S. 97—100. Die tellurige Säure hat auf Koli-Typhusbazillen hinsichtlich ihres Wachstums einen hemmenden Einfluß. Es liegen Beobachtungen vor, in denen die Behandlung mit telluriger Säure ein günstiges Resultat ergeben hat. Verf. schlägt vor, Kolizystitis der Blase mit Natriumtelluritlösungen zu behandeln: Natr. tellurosi 0,5, Aq. dest. ad 500 zu Blasenspülungen. Fabrik: F. Kahlbaum-Adlershof bei Berlin.

Beitrag zu den Schußverletzungen der unteren Harnorgane, von E. Pfister-Dresden. S. 101—104. Verf. demonstriert ein Granatstück am Samenhügel, der durch Urothromia ext. entfernt wurde. Nach der Operation wurde ein dicker Katheter in die Blase gelegt und zum Damme herausgeleitet; hierbei bildete sich eine äußerst enge Striktur an der Operationsstelle, die durch intravenöse Fibrolysininjektionen und später Urothromia interna geheilt wurde. Ein zweiter Fall betrifft einen Prostatastein nach Blasenschuß. Durch Sectio alta wird ein Blasenstein und ein Prostatastein entfernt.

Einseitige Nierenblutung auf entzündlicher Grundlage, von A. Levin-Herzfeld-Berlin. S. 115—117. Einseitige Blutungen ohne feste Diagnose veranlaßten die Verff. zur Nephrektomieheilung. Über die Berechtigung dieser Operation allgemeine Diskussion in der Berliner Urologischen Gesellschaft.

Chrzelitzer-Waldenburg (Schlesien).

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Syphilis.

d. Serologie.

Die Reaktionen von v. Dungern und von Gaté und Papacosta bei Syphilis (Le reazioni di v. Dungern e di Gaté e Papacosta nella sifilide), von Attilio-Versari. (Riforma med., 1922, Nr. 8.) Nachprüfung der neuen Reaktion von v. Dungern und der Methode von Gaté und Papacosta bei 132 Fällen (110 Luetiker, 22 Gesunde) bei Kontrolle durch die WR. Verf. gelangt dabei zu folgenden Resultaten: 1. von 50 Fällen von Sekundärsyphilis ergab die WR in 96%, die Methode v. Dungern in 72% und die von Gaté und Papacosta ebenfalls in 72% ein positives Resultat. 2. Von 30 Fällen von Syphilis hereditaria tarda mit Symptomen ergab die WR in 33,33%, die von v. Dungern in 66,66% und die von Gaté und Papacosta in 43,33% ein positives Resultat. 3. In 30 Fällen von latenter Syphilis ergab die WR in 20%, die von v. Dungern in 70% und die von Gaté und Papacosta in 23,33% ein positives Resultat. 4. Bei allen 22 gesunden Fällen ergaben alle drei Reaktionen ein negatives Resultat.

E. Freund-Triest.

Über die sogenannten chemisch-serologischen Ersatzreaktionen der WR (I metodi sierochimici cosidetti equivalenti della Reazioni di Wassermann), von S. de Villa und A. Ronchi, Clinica pediatr. Univ. Roma. (Il Policl., 1921, H. 24.) Die Verff. haben 654 Sera von heredoluetischen und an anderen Krankheiten leidenden sowie gesunden Kindern mit den verschiedenen serochemischen Präzipitationsmethoden unter Kontrolle der WR geprüft. Zur Verwendung kamen die Methoden von Porges, Hermann Perutz, Klausner, Gaté und Papacosta, Bruck und eigene Methoden (Essigsäure, Buttersäure, Äther, Chloroformäther, Alkoholchloroform). Die Verff. gelangen zum Schlusse, daß die obgenannten Methoden nicht geeignet sind, die WR zu ersetzen. Insbesondere heben sie hervor, daß in 150 Fällen von Untersuchungen der Rückenmarksflüssigkeit die WR stark positiv, aber die genannten Methoden durchweg negativ reagierten.

E. Freund-Triest.

Über zwei zur Komplementkonservierung bei der Wassermannschen Reaktion empfohlene Verfahren, von Karl Klein-Köln. (M. m. W., 1921, Nr. 45, S. 1453.) Die Konservierung mittels Natriumazetat oder Kohlensäureschnee wird abgelehnt.

A. v. Notthafft-München.

Wassermannsche Reaktion und Kokzidiose beim Kaninchen, von K. Marcuse-Berlin. (Zbl. f. Bakt., Bd. 87, H. 5, S. 355—362.) Es besteht kein Zusammenhang zwischen WR und Kokzidiose beim Kaninchen. Schon normale Kaninchen zeigen unkontrollierbare Schwankungen im Ausfall der WR. Kaninchen, die an Genitalspirochätose litten, zeigten keine positive WR. Auf Grund dieser Befunde dürfen die positive oder negative WR beim Kaninchen zu irgend welchen Rückschlüssen nicht verwertet werden.

F. Harry-Berlin.

e. Therapie.

Behandlung der frischen Syphilis, von L. v. Zumbusch. (M. m. W., 1921, Nr. 51, S. 1656.) Ein Aufsatz für die praktischen Ärzte. Z. nimmt bei Lues I mit WR + oder Umschlagen in +, wie bei Lues II, so lange mit zweimonatlichen Pausen kombinierte Kuren vor, bis die WR zwei Monate negativ bleibt, schließt dann noch zwei Sicherheitskuren an und kontrolliert drei Jahre weiter noch das Blut. Gelingt bei Lues I der Spirochätennachweis nicht, so soll, wenn auch nur der leiseste Verdacht auf Lues vorliegt, dagegen nicht blindlings bei jedem Ulcus molle behandelt werden. Er gibt dem Neosalvarsan den Vorzug. Dosis 0.3—0,6. Auf den Einzeltag soll 0.1 fallen. Silbersalvarsan wird bekanntlich von Z. nicht im Einklang mit den Meinungen der meisten Autoren als unwirksamer und mehr von unangenehmen Nebenerscheinungen begleitet abgelehnt. Besonders letzteres bestreitet Ref. ganz entschieden. Gesamtmenge: 5 g; doch soll diese Dosis bei Abortivkuren und florider Lues überschritten werden. Bei Überempfindlichkeit gegen Salvarsan Versuch mit gleichzeitiger, am selben und nächsten Tag wiederholter Injektion von Suprarenin 0,3—0,5. A. v. Notthafft-München.

Der gegenwärtige Stand der Frage der Abortivkuren bei Syphilis (Lo stato attuale della cura abortiva della sifilide), von Italo Levi-Triest, Ospedale Civile. (Il Poli-

Digitized by Google

clinico, sez. prat., Bd. 5.) Verf. wendet sich auf Grund des Studiums der über diese Frage handenen Literatur gegen die allzu optimistische Beurteilung der sogenannten Abortivkur, macht auf die Gefahren, welche durch eine ungenügende Behandlung des Primärluetikers heraufbeschworen werden, aufmerksam, und empfiehlt auch bei Primärsyphilis die chronisch intermittierende Hg-Sa-Kur. E. Freund-Triest.

Über Haut- und Schleimhautblutungen mit Knochenmarkschädigung und tödlichem Ausgang nach Salvarsan-Hg-Kollargolbehandlung bei sekundärer Syphilis und Tripper, von Ge. Vill-Greifswald. (M. m. W., 1921, Nr. 52, S. 1675.) Zwei Fälle, in welchem neben der Salvarsan-Quecksilberbehandlung der Syphilis eine Kollargolbehandlung des Trippers einherging. Die Folge war äußerste Anämie mit Verminderung des Hb, der Erythro- und Thrombozyten bei gleichzeitiger Leukozytose und Ausschwemmung von Frühformen, veränderte Blutungs- und Gerinnungszeit, ausgedehnte Haut- und Schleimhautblutungen, schwerste Knochenmarksschädigung und Tod. In Serienschnitten der inneren Organe ausgedehnte Kollargoleinlagerungen. Verf. nimmt als Ursache das Kollargol an und widerrät die Anwendung des Mittels bei gleichzeitiger oder vorhergehender Hg-Salvarsanbehandlung. Die Kollargoldosis war allerdings hoch. Es wurden das eine Mal bei zweimal täglicher Einspritzung der 5%igen Lösung in sieben Injektionen 32 ccm, das andere Mal in vier Tagen 36 ccm einer 12%igen Lösung gegeben, und dieses trotz starker Reaktion. A. v. Notthafft-München.

Zur Kenntnis der salvarsanresistenten Syphilis, von H. W. Siemens-Breslau. (M. m. W., 1921, Nr. 44, S. 1419.) Eigentlich sollte der Titel heißen: „Über einen Fall von psoriatiformer Syphilis, die sich gegen Salvarsan, Silber, Quecksilber und Jod refraktär verhielt." A. v. Notthafft-München.

Die natürlichen Abwehrmittel des Körpers gegen die syphilitische Infektion und ihre Beeinflussung besonders durch Quecksilber, von S. Bergel-Berlin. (Klin. Wschr., 1922, Nr. 5, S. 204.) Verf. nimmt auf Grund seiner Anschauungen über die Bedeutung der Lymphozyten im Ablauf der luetischen Erkrankung Stellung zu der Lesserschen Behauptung, daß das Hg lediglich auf die Symptome wirke und den Abwehrkräften entgegenarbeite. Verf. weist nach, daß das Hg im Gegensatz zu dem spirilloziden Salvarsan zwar nicht direkt auf die Spirochäten, sondern auf dem Umwege über die Lymphozyten wirke. Hg-Wirkung: Zerfall der Lymphozyten — Freiwerden der Lipase — Abtötung der lipoiden Spirochäte — Rückgang der klinischen Erscheinungen. Hieraus erkläre sich auch unter Berücksichtigung der Einwirkung auf die Lymphozyten die Herxheimersche Reaktion, das Positivwerden der vorher negativen oder schwach positiven WR, Rückgang des P.A. resp. der klinischen Erscheinungen, Latenz und Rezidive. Immerhin muß man zugestehen, daß die Hg-Wirkung größer sei als rein symptomatisch, indem es erst auf die Krankheitsprodukte und dadurch auf die Erreger wirkt. Falsch sei die Behauptung, daß es den natürlichen Abwehrkräften entgegenwirkt. Immerhin muß man sich bewußt sein, daß mit Hg nur in den seltensten Fällen Ausheilungen zu erzielen sind und darf sich durch Scheinheilungen nicht täuschen lassen. Es ist daher die kombinierte Behandlung am empfehlenswertesten, und zwar erst mit dem direkt auf die Spirochäten wirkenden Salvarsan, das außerdem die Eigenschaft besitzt, die Lymphozyten um die Salvarsankörner anzulocken, und dann mit dem Lipase frei machenden Hg. Die Lymphozytose anregende Wirkung des Salvarsans erklärt auch das Positivwerden der WR nach provokatorischer Injektion. Vielleicht ist die Wirkung über die Lymphozyten aber nicht die einzige Angriffsart des Hg. Hinweis auf die chemische Ähnlichkeit des syphilitischen Antigens mit dem Lezithin und die absorbierende und giftbindende Eigenschaft des letzteren dem Sublimat gegenüber.
E. Langer-Berlin.

Die saubere Einreibungsbehandlung der Syphilis mit Quecksilber (Vorläufiger Bericht) (The Clean Inunction Treatment of Syphilis with Mercury), von H. N. Cole, A. J. Gericke und Torald Soltmann-Cleveland. (J. Am. m. Ass., 1921, Nr. 26, S. 2022—23.) Versuche an 42 klinischen Pat. haben ergeben, daß Einreibungen von $^1/_2$ stündiger Dauer mit grauer Salbe bei nachfolgender Reinigung der eingeriebenen Stelle mittels Benzinwattetupfern ebenso wirksam sind wie die bisher geübte Einreibungsmethode. Die Pat. erkrankten nach durchschnittlich 15 Einreibungen unter Erscheinungen von Stomatitis. Die Vorteile der neuen Methode bestehen darin, daß sie für den Pat. eine saubere ist, nicht so leicht zu Follikulitis führt und schließlich nicht zur Entlarvung seines Leidens Anlaß gibt. F. Quasig-Hamburg.

Beitrag zur Klinik der Quecksilberexantheme, von F. Wolff-Frankfurt a. M. (M. m. W., 1921, Nr. 52, S. 1678.) Eine Frau bekam bei Einwirkung geringer Hg-Mengen auf

Digitized by Google

die Haut (Amalgamplombe, Sublimatumschlag, Berührung mit Präzipitatsalbe und Spuren von Quecksilberdampf) jedesmal lokale Exantheme. Verf. nimmt eine gesteigerte Empfindlichkeit der epidermoidalen Zellschicht an. A. v. Notthafft-München.

Erfahrungen mit Silbersalvarsan in der Behandlung der Syphilis (A Study of Silver Arsphenamin in the Treatment of Syphilis), von MIHRAN B. PAROUNAGIAN-New York. (J. Am. m. Ass., Bd. 77, Nr. 22, S. 1706—1711.) Verf. hat den Eindruck, daß beim Silbersalvarsan die Wirkung schneller beginnt und die Abheilung rascher erfolgt als bei der gleichen Dosis von anderen Salvarsanpräparaten. A. de Lemos-Hamburg.

Eine modifizierte Salvarsantherapie der Lues der inneren Organe (Herz und Gefäßsystem) und des Nervensystems (Tabes), von E. PULAY-Wien. (D. m. W., 1922, Nr. 7, S. 223.) Zur Bekämpfung der Übererregbarkeit, die sich bei Tabikern nach Salvarsaninjektion in lanzinierenden Schmerzen und gastrischen Krisen äußerte, bei Aortenlues und bei latenter Lues, bei der Kopfschmerzen, Müdigkeit, Gewichtsabnahme bestand, gab Verf. Salvarsan in 5—10 ccm Afenil gelöst mit gutem Erfolg. Der Lues des vegetativen Nervensystems wird bisher zu wenig Beachtung geschenkt. Es gibt eine große Anzahl von Erscheinungen bei der Lues der inneren Organe und des Nervensystems, die sich zu einem Krankheitsbild gruppieren lassen, das als vegetativ stigmatisierter Symptomenkomplex imponiert. Gerade in solchen Fällen ist die Zuführung von Kalk ein wirksames Mittel. F. Harry-Berlin.

Über Neosilbersalvarsannatrium, von LEO DUB-Prag. (M. m. W., 1921, Nr. 40, S. 1293.) Silbersalvarsannatrium zeigt in der gleichen Dosierung wie Neosalvarsan dargereicht einen sicheren Heileffekt, der jedoch den der gleichen Dosis Altsalvarsan nicht erreicht. Fehlen des angioneurotischen Symptomenkomplexes und Gutartigkeit der in etwa 3% der Fälle auftretenden Ausschläge. Möglichkeit beschränkter intramuskulärer Anwendung; schmerzhaft! Geringere Belastung der Nieren. Die Kombination mit Kontraluesin ist zweckmäßig. A. v. Notthafft-München.

Über den Wert der Lesserschen Methode für die Behandlung der Syphilis, von H. EICKE und E. ROSE. (M. m. W., 1921, Nr. 45, S. 1449.) Die Ergebnisse der Lesserschen Methode sind Salvarsanwirkungen, wenn auch eine milde Quecksilberwirkung noch mitsprechen mag. Die Wirkung auf Spirochäten und Syphiliserscheinungen ist zum mindesten sicher keine größere. Die Wirkung auf die WR ist geringer als bei anderen Kombinationskuren. Die Gefahren sind nicht sehr groß; aber wegen der Gefahr der Nierensperre (Todesfall Neustadt) ist die Harnmenge zu prüfen. Das beigemischte Quecksilber dürfte keine höhere Dauerwirkung erzeugen. Die Methode ist empfehlenswert, wo eine reine Salvarsantherapie nicht genügt. A. v. Notthafft-München.

Neosilbersalvarsan (NSS) und seine einzeitige Verwendung mit Novasurol, von GEORG KREBS-Leipzig. (D. m. W., 1922, Nr. 5, S. 158—159.) Verf. rühmt die geringe Toxizität, die gute Verträglichkeit und die höchstwertige spirillentötende Eigenschaft des NSS. Es wurden 200 Pat. mit NSS und Novasurol in einzeitiger Kombination so erfolgreich wie mit keinem der früheren Präparate und bei keiner anderen Kombination von Salvarsan und Hg behandelt. Die Dosis NSS betrug bei der 1. und 2. Injektion 0.2, bei der 3.—6. 0,3, bei der 7.—14. 0,4, die des Novasurol bis zur 3. Injektion 1,0, bis zur 5. 1,5, und dann bis zur letzten Injektion 2,0. Die Zwischenräume zwischen den einzelnen Injektionen betrugen 2—3 Tage. Bemerkenswert ist der Unterschied bezüglich der Verträglichkeit der einzelnen Kontrollnummern des NSS. F. Harry-Berlin.

Kombinierte Neosalvarsan- und Organluetintherapie bei einem Falle von maligner Lues, von R. MÜLLER und H. PLANNER-Wien. (M. m. W., 1921, Nr. 43. S. 1393.) Das Luetin verstärkt die Abwehrvorrichtungen des Organismus. Ein Fall von maligner Lues, der durch viele Wochen vergeblich mit über 5 g Neosalvarsan behandelt worden war, heilte innerhalb einer Woche nach 3 Luetin- und 1 Neosalvarsaninjektion. A. v. Notthafft-München.

Über einzeitige Salvarsan-Embarin- und Salvarsan-Cyarsalbehandlung, von J. KLIPSTEIN-Mannheim. (Klin.-ther. Wschr., 1922, Nr. 6, S. 262.) Ein Unterschied zwischen Salvarsan-Cyarsal- und Salvarsan-Embarinbehandlung bei einzeitiger Darreichung nicht feststellbar. Die syphilitischen Symptome wurden bei dieser Behandlung rasch beseitigt, ernstere Zwischenfälle sind nicht vorgekommen, WR wird günstig beeinflußt. Ob die einzeitige Behandlung die kombinierte ersetzen kann, muß abgewartet werden. E. Langer-Berlin.

Angioneurotischer Symptomenkomplex mit akuter Albuminurie nach Neosalvarsan, von ZINSSER-Köln. (M. m. W., 1921, Nr. 41, S. 1322.) Bei einem Pat., der bisher Neosalvarsan vertragen hatte, setzte unmittelbar nach 0,45, ein zweites Mal dann

Digitized by Google

schon nach 0,15 der angioneurotische Symptomenkomplex und vorübergehende Albuminurie ein. Keine Quecksilberwirkung. Die einzelnen Fabrikationsnummern des Salvarsans sind nicht gleichwertig. Eine Zeitlang fabrizierten die Höchster Werke ein Präparat F. V. U. V., das regelmäßig Anfälle erzeugte. A. v. Notthafft-München.

Über Salvarsan-Hirntod, von R. Henneberg-Berlin. (Klin.-ther. Wschr., 1922, Nr. 5, S. 207.) Verf. beschreibt eingehend 2 Fälle einer typischen hämorrhagischen Salvarsanenzephalitis und einen 3. Fall mit einer großen kompakten Pons-Blutung, der noch besonders interessant ist, da keine Lues vorlag. Bei diesem letzteren Fall ließ sich nicht entscheiden, ob es sich um ausgedehnte konfluierende Diapedesis- oder um eine Rhexisblutung handelte. Im allgemeinen ist es wahrscheinlich, daß für die kompakten Hirnblutungen nach Salvarsan erstens langdauernde und ausgedehnte Diapedesisblutungen in Frage kommen und zweitens durch Stase bedingte nekrotische Herde, die zur Gefäßwandnekrose und Rhexis führen. Dagegen sprechen im allgemeinen die vorhandenen Befunde nicht dafür, daß luetische Prozesse eine entscheidende Rolle spielen. Sowohl die Bedeutung der Plexusveränderungen und der Thrombose der Plexusvenen, wie auch eklamptisch urämische durch Nierenschädigung infolge Hg-Behandlung hervorgerufene Zustände (Bielschowsky-Wechselmann) können vielleicht in dem einen oder anderen Fall für die Deutung herangezogen werden, sind aber nicht imstande, das bisher ungelöste Problem des Salvarsanhirntodes zu erklären. Tierexperimente (Ricker) haben gezeigt, daß die Salvarsanpurpura die Folge einer toxischen Wirkung des Salvarsans auf die Kapillaren resp. die Gefäßnekrosen ist, ein in einer Erweiterung der Gefäße und Verlangsamung des Blutstroms bis zur Stase besteht. Daher Vorsicht bei Leuten, bei denen schon an und für sich eine Neigung zur Verlangsamung und Erweiterung eines Kapillargebietes besteht. Wenn auch beim Salvarsanhirntod sich der Vorgang im ganzen Hirn abspielt, so stellen doch die zentralen Hirngebiete eine besondere Prädilektionsstelle dar. Ähnliche Bilder gibt es auch bei anderen Enzephalitis bedingenden Erkrankungen. E. Langer-Berlin.

Nitritoide Krisen infolge Fabrikationsmängel der Arsenobenzole (Crisi nitritoidi da difetti di fabbricazione degli arsenobenzoli), von Ferdinando di Napoli-Bologna. (Il Policlinico sez. prat., 1922, Nr. 14.) Verf. berichtet über 14 in seiner Privatpraxis innerhalb eines kurzen Zeitraumes beobachtete, teilweise sehr bedrohliche nitritoide Anfälle, auch bei Anwendung niedriger Dosen. Auf Grund sehr genauen Studiums der eventuellen Ursachen der Anfälle, sowie auf Grund der Tatsache, daß Verf. in den meisten der oben genannten Fälle Ampullen der Fabrikationsserien 38000 und 39000 angewandt hatte, gelang er zu dem Schlusse, daß Mängel bei der Fabrikation speziell dieser Serien von Ampullen die Ursache der Anfälle gewesen seien. (Mittlerweile sind in den italienischen und klinischen Zeitschriften von seiten der Höchster Fabrik bezüglich dieser besorgniserregenden Vorkommnisse beruhigende Erklärungen erschienen. Die Höchster Werke weisen unter anderem auch darauf hin, daß die von Napoli als fehlerhaft verdächtigten Serien von Neosalvarsan biologisch nachgeprüft und ganz einwandfrei befunden worden seien. Auch seien Ampullen dieser Serien anderwärts tadellos vertragen worden.) E. Freund-Triest.

Azeton in der Syphilisbehandlung (Acetone in the Treatment of Syphilis), von Orvall Smiley-Indianapolis. (J. Am. m. Ass., 1922, Nr. 7, S. 509.) Durch vorheriges Abreiben der Haut mit Azeton wird die Absorption des eingeriebenen Quecksilbers erleichtert, indem das Azeton die Hautporen vom anhaftenden Fett befreit.

F. Quasig-Hamburg.

Die Behandlung der Syphilis mit Bismut (La cura della Sifilide col Bismuto), von C. Ducrey-Rom (Policlinico sez. prat., 1922, Nr. 10.) Verf. gibt zunächst eine Übersicht über die bisherigen von französischen Autoren, insbesondere von Levaditi und Sazerac gewonnenen und in der französischen Presse bereits veröffentlichten Erfahrungen mit verschiedenen Bismutpräparaten. Während die mit dem neuen Mittel erzielten Erfolge im allgemeinen gut, von Levaditi als „mit den besten bisher bekannten Syphilismitteln vergleichbar, das Hg sogar übertreffend" bezeichnet werden, wird besonders von Azulay auf eine schwere, der Bismuttherapie anhaftende Begleiterscheinung, die einer schweren Stomatitis, aufmerksam gemacht. Charakteristisch für diese ist eine schwärzliche Verfärbung des Zahnfleischrandes und ungemeine Hartnäckigkeit. Verf. selbst hat ebenfalls Versuche mit Bismut bei Syphilis gemacht, kann aber auf Grund der bisher gewonnenen Erfahrungen die Begeisterung Levaditis für die neue Therapie vorläufig noch nicht teilen. E. Freund-Triest.

Schmierseifeneinreibungen als Mittel zur Verbesserung der Syphilisbehandlung, von Hübner-Elberfeld. (D. m. W., 1922, Nr. 5, S. 157—158.) Durch den Über-

Digitized by Google

gang von den früher allgemein üblichen Inunktionskuren zu den Injektionen und neuerdings von den intramuskulären Injektionen zu den einzeitig mit Salvarsan kombinierten intravenösen wird das Hautorgan, der Hauptort der Bildung der Schutzstoffe, gänzlich unberücksichtigt gelassen. Die Tatsache, daß schwere entzündliche Hautprozesse die Syphilis günstig beeinflussen, darf nicht unbeachtet bleiben. Um die Haut zur Immunkörperbildung und damit zur Unterstützung der Therapie der Syphilis anzuregen, werden die Pat. täglich mit 10 g Schmierseife auf Brust und Rücken 15 Minuten lang eingerieben. Die Seife wird erst am nächsten Tage vor der folgenden Einreibung durch Abwaschen entfernt. Der Effekt dieser die Salvarsankur unterstützenden Behandlung zeigt sich in dem rascheren Negativwerden der WR. F. Harry-Berlin.

Blennorrhoe.

b. Pathologie und Klinik.

Keratodermia blennorhagica, von David Lees. (Edinburgh J., 1922, Bd. 28, Nr. 3.) Die Hauteruptionen auf Grund von Blennorrhoe sind als örtliche toxische Manifestationen einer Allgemeininfektion aufzufassen, wofür auch die häufige Koexistenz anderer Erscheinungen, wie Kachexie, allgemeine Anämie, Muskelschwund, spricht. In Verbindung mit der blennorrhoischen Hyperkeratose findet man auch oft Polyarthritis und bei Männern Balanitis circinata. Die Erscheinungen treten im Anschlusse an akute, subakute und chronische Fälle auf, bisweilen erst nach langer Zeit. Für die Behandlung kommt zunächst die Blennorrhoe als solche in Betracht, örtlich Waschungen mit einer Mischung von Liqu. arsenical. und Vin. Ipecac. in Spirit. vin. rect. zu gleichen Teilen. Allgemeine hygienische Behandlung ist wesentlich. Vakzinebehandlung wird allgemein empfohlen, kann jedoch auch versagen. Dem Verf. bewährten sich intravenöse Einspritzungen von Novarsenobillon (bei klinischem und serologischem Freisein von Syphilis) 0,15—0,3; allerdings trat nach einiger Zeit ein Rückfall ein. E. Levin-Berlin.

Die entzündlichen Augenerkrankungen der Neugeborenen in der Nachkriegszeit, von R. Salomon-Gießen. (Kl. W., 1922, Nr. 7, S. 313.) Bei der nach dem Kriege viel häufiger vorkommenden mütterlichen Blennorrhoe ist auch die Augenblennorrhoe der Neugeborenen in den letzten Jahren gestiegen, wenn auch durch die vom Verf. geübte Sopholprophylaxe die Zahl der Augenblennorrhoen nicht mit der Zahl der mütterlichen Blennorrhoen parallel geht. Bei einem Teil der Fälle tritt trotz der Sopholprohpylaxe eine Erkrankung der Augen ein, doch ist der Verlauf meist leichter und schneller als ohne Sophol, da die Gonokokken in ihrer Virulenz geschwächt und vielfach auch in ihrer Morphologie verändert sind. Nach der Prophylaxe vorkommende Sekundärinfektionen sind als möglich heranzuziehen. Die Prognose der nichtblennorrhoischen Reizkatarrhe ist durchaus günstig, sie werden bedingt durch Sopholreizung, Scheidensekret, Rhinitis, Diphtheriebazillen, ektogene Keimübertragung, mechanische Reizung, Einschlußblennorrhoen. Bei der Ausdehnung der Blennorrhoe muß die Prophylaxe schon in der Schwangerschaft beginnen, und zwar fordert Verf. eine obligatorische Blennorrhoeprophylaxe für das ganze Reich und amtliche Anzeigepflicht. E. Langer-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

87. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Leipzig, 18. bis 24. September 1922. Für Abteilung 26 (Dermatologie und Syphilis; Einführender: Prof. Rille, Johannisplatz 1) sind außer den in Nr. 35 genannten Vorträgen noch folgende angemeldet worden: Fehr-Breslau, Quecksilberversuche bei experimenteller Kaninchensyphilis; Homma-Wien, Über das Verhalten der Gitterfasern bei Epitheliomen und Nävi; Jadassohn-Breslau, Einige Bemerkungen zum Odol-Ekzem; Marthenthun-Breslau, Krysolgan-Behandlung des Lupus erythematodes.

Gestorben: San.-Rat Dr. Wilhelm Richter, Polizeiarzt in Leipzig. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

26. August 1922 | Nr. 34 | Band 75

Über die Wirkung des Neosalvarsans bei Lichen.

Von

Dr. Menahem Hodara und Dr. Houloussi Behdjet in Konstantinopel.

(Übersetzt von Dr. Ernst Levin in Berlin.)

Mit 3 Abbildungen im Text.

Die therapeutische Wirksamkeit des Neosalvarsans beim Lichen wird von verschiedenen Autoren gelobt, besonders von Professor Dind in Lausanne, der es immer mit Erfolg beim Lichen angewendet hat und es warm empfiehlt. Wir möchten in gleichem Sinne die Wirksamkeit des Neosalvarsans in einem nachstehend berichteten Falle von Lichen beurteilen, den wir gemeinschaftlich zu beobachten Gelegenheit hatten.

Fig. 1. Innenfläche und hinterer Abschnitt des Schenkels. Lichenplaque unter der Form einer Neurodermitis.

Es handelt sich um eine seit 6 Monaten an Lichen leidende Frau von 52 Jahren. Man sieht an den Außenflächen der Vorderarme typische polygonale glänzende Lichenplanus-Papeln, einzelne gedellt, isoliert, zum größeren Teil zu kleineren Plaques von verschiedener Größe und unregelmäßigen Formen konfluiert. An den Handrücken sieht man ebenso isolierte oder zu kleinen Plaques konfluierte Lichenpapeln.

In der Außengegend des Vorderarms findet sich jedoch ein großer Lichenplaque mit sehr verdickter Haut, runzliger Oberfläche, den man, wenn man nicht in der Peripherie kleine Lichenpapeln sehen würde, für ein Ekzem oder eine Neurodermitis ansprechen könnte; auf der Oberfläche dieses großen Plaques sieht man eine feine, kleienförmige Schuppung. An beiden Vorderarmen und überhaupt an beiden oberen Extremitäten ergibt sich eine fast vollständige Symmetrie der gleichen Läsionen.

An den unteren Extremitäten sieht man am rechten Bein und Schenkel an der Außenseite einen großen Lichenplaque von fast 15 cm

Digitized by Google

Länge und 10 cm Breite mit sehr dicker Haut, gefelderter Oberfläche, von feinen Schuppen bedeckt, desgleichen an der Außenfläche des Beines

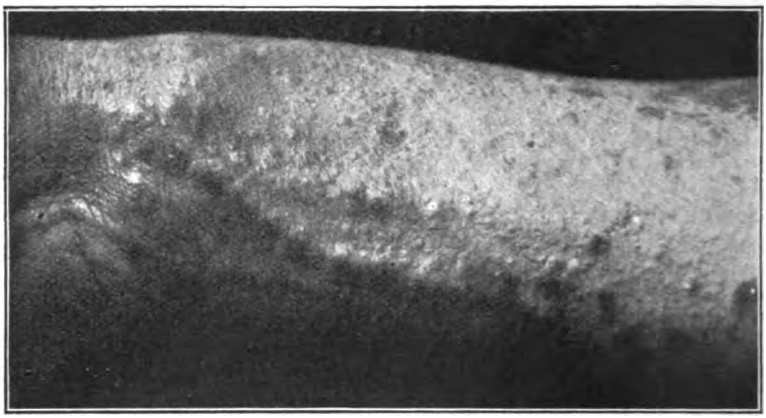


Fig. 2. Typische Lichen-ruber-planus-Papeln am Handgelenk und Unterarm.

eine große Lichenplaque von 10 cm Durchmesser von analoger Form, im übrigen sind die Innenflächen des Schenkels und rechten Beines mit zahlreichen isolierten oder zu einer großen Zahl kleiner Plaques konfluierter Lichen-planus-Papeln bedeckt; diese Lichenpapeln sind zum Teil typisch, polygonal, glänzend, zum Teil hervorspringend, konisch, mit einer kleinen Schuppe an der Spitze und mit einem Haar im Zentrum, ganz wie eine kleine Lichen-pilaris-Papel oder Pityriasis rubra pilaris. An den unteren Extremitäten findet sich keine Symmetrie wie an den oberen. An der Außenseite des linken Beines und Schenkels keine großen Plaques wie am rechten Bein und Schenkel, sondern durchweg isolierte oder zu kleinen Plaques konfluierte

Fig. 3. Außenfläche des Beines. Man sieht stellenweise auch konische, hervorspringende, hornartige Lichenpapeln.

Digitized by Google

Papeln; nur an der Außenseite des linken Beines eine ekzematiforme schuppende Plaque von 5 bis 6 cm Durchmesser mit chagrinlederartiger Oberfläche. An der Hinterfläche des linken Schenkels nahe dem Gesäß sieht man einen großen Plaque von 10 cm Durchmesser mit dicker Haut, gefelderter Oberfläche, aber ohne Schuppung, den man völlig als Neurodermitis ansprechen würde, wenn man nicht in der Peripherie Lichenpapeln erblickte, die sich isoliert oder zu kleinen Plaques konfluiert auf dem Gesäß finden; sie sind zum Teil flach, polygonal, zum Teil hervorspringend, follikulär.

Die Frau hatte heftiges Jucken, welches im Vereine mit dem Kratzen bei ihr starke Reizungen mit reaktivem Erythem hervorrief; dadurch wurde das Bild dieses Lichenfalles noch mehr kompliziert.

Es handelte sich also in diesem Falle einerseits um flache, polygonale, glänzende, andererseits um hervorspringende, hornartige, follikuläre Papeln, stellenweise um große, trockene, dicke, leicht schuppende Plaques von ekzematiformen Aussehen, andererseits um die dicke Plaques mit glatter, gefelderter, nicht schuppender Oberfläche, die das Bild einer Neurodermitis darboten. Diese ekzematiformen oder vielleicht auch neurodermitischen Plaques hätten nicht als Lichenplaques diagnostiziert werden können, wenn sie nicht von typischen, charakteristischen Lichen-ruber-Plaques umgeben gewesen wären.

Angesichts dieses komplizierten Bildes wird man nachdenklich betreffs der neuen These des Professors Dind in Lausanne, die er in seiner großen, in Nr. 6 und 7, Jahrgang 1920 der Annales de Dermatologie veröffentlichten Arbeit beschreibt und in der er zeigt, daß die Neurodermitis nichts anderes als Lichen ist. Es ist das eine Erwägung, die wir nur nebenbei anstellen, ohne weiter auf die Frage einzugehen, die ein besonderes vertieftes und die Literatur berücksichtigendes Stadium erfordert.

Es wurden im ganzen fünf intravenöse Neosalvarsaneinspritzungen gemacht, eine zu 0,15, die vier anderen zu 0,3—0,45—0,6—0,75, und zwar in Zwischenräumen, die drei ersten von 4 bis 5 Tagen, die beiden letzten von 8 bis 10 Tagen. Schon nach der ersten Einspritzung war das Jucken beträchtlich vermindert und nach 3 Einspritzungen, eine von 0,15, die beiden anderen von 0,30—0,45, d. h. nach 14 Tagen, zeigten sich stellenweise Papeln oder kleine Lichenplaques bereits resorbiert und in pigmentierte Flecke oder Plaques umgewandelt; hingegen waren an anderen Stellen noch Papeln und kleine, erst zum Teil resorbierte und pigmentierte kleine Lichenplaques.

Ebenso erschienen die dem Aussehen nach ekzematiformen und neurodermitischen Plaques weniger dick, weniger infiltriert und im Begriffe sich zu resorbieren und zu pigmentieren.

Nach der fünften Einspritzung von 0,75 waren alle Papeln und kleinen Lichenplaques überall vollkommen resorbiert und pigmentiert, und die großen Plaques von ekzematiformem und neurodermitischem Aussehen waren auch fast vollkommen resorbiert und pigmentiert. 14 Tage nach der fünften Einspritzung war die Heilnng überall vollendet und die geheilten Stellen zeigten Pigmentflecken. So konnte man in $1^1/_2$ Monat mit 5 Neosalvarsaneinspritzungen die völlige Heilung dieses komplizierten

Digitized by Google

und ausgebreiteten Lichenfalles erreichen, und wenn man diesen Erfolg mit der Behandlung mit Phil. asiat. vergleicht, bei der es 4 Monate bedarf, um vielleicht ein gleiches Resultat zu erzielen, kann man feststellen, daß die Behandlung des Lichen mit Neosalvarsan einen großen Vorteil bietet und daß sie mit Recht von verschiedenen Autoren, besonders von Professor Dind in Lausanne empfohlen wird. Dieser Erfolg ermutigt zu weiterer Anwendung in der Zukunft.

Nach der Abfassung des vorstehenden kleinen Aufsatzes hatten wir Gelegenheit, noch zwei Fälle von Lichen chronicus circumscriptus Vidal oder Neurodermitis mit Neosalvarsan zu behandeln. In dem einen Falle, Mann von 42 Jahren, sah man vier Plaques von Neurodermitis, einen von 5 cm im Durchmesser, die drei anderen kleiner. Einer von ihnen saß an der Außenseite des rechten Armes, die drei anderen in der Vola und an den Falten der linken Hand; die Haut war in ihrem Bereiche sehr verdickt und die Oberfläche mit Schuppen oder harten hyperkeratotischen Hornmassen bedeckt. Es war eher ein Fall von Lichen corneus; die Krankheit bestand seit vier Jahren in wechselnder Intensität. Ohne irgend welche äußere Behandlung machten wir fünf intravenöse Neosalvarsaneinspritzungen von 0,15—0,30—0,45—0,60—0,75 immer mit einigen Tagen Zwischenpause; schon nach der dritten Einspritzung sah man eine deutliche Besserung, die Haut war weniger dick und die Schuppen an der Oberfläche verdünnt, nach der fünften Einspritzung hatte die Haut ihre normale Glätte, die Plaques waren vollständig verschwunden.

In dem dritten Falle handelte es sich bei einem Manne von 35 Jahren um zwei Plaques von typischer Neurodermitis, mit verdickter Haut, gefelderter Oberfläche und dünnen Schuppen auf ihr; die Plaques juckten sehr stark, die Krankheit bestand seit einem Jahre, nach fünf Einspritzungen von Neosalvarsan 0,15—0,75 waren diese Plaques von Neurodermitis vollkommen verschwunden.

Die ersten Eindrücke über Neosilbersalvarsan nach viermonatiger Verwendung[1]).

Von

Prof. J. Peyri-Rocamora in Barcelona.

Übersetzt von Dr. H. Deselaers in Krefeld.

Ein neues Medikament, zumal wenn es sich um ein Medikament handelt, das einer Serie bereits bekannter Stoffe zugehört, muß folgenden Bedingungen gerecht werden:

1. Gleichheit seiner Wirkung in den gewöhnlichen Fällen.
2. Überlegenheit und Spezifität in bestimmten Fällen.
3. Überlegenheit bei den durch die anderen bekannten Medikamente behandelten, aber gescheiterten Fälle.

34 Kranke wurden bisher von uns mit Neosilbersalvarsan behandelt, und zwar 6 Syphilitiker mit äußeren Erscheinungen der ersten, zweiten und dritten Periode; 20 Kranke mit Lues des Nervensystems; 8 irreduktible Fälle.

[1]) Das Medikament wurde uns in 400 Dosen durch die Liebenswürdigkeit des Herrn Prof. Dr. Kolle zur Verfügung gestellt.

Digitized by Google

Zunächst wollen wir auf die Nebenerscheinungen bei der Behandlung eingehen.

A) Unmittelbare: Die nitroide Reaktion haben wir nur bei 2 Kranken beobachtet, aber bei allen Injektionen. Es handelte sich um eine Kranke mit ignorierter sekundärer Lues, die etwas über ein Jahr bestand, und um einen Kranken, der 4 Monate vorher eine basiläre gummöse Leptomeningitis hatte. Der letztere Kranke wurde von seinen Symptomen geheilt, jedoch blieb die WR des Blutes und des Liquors positiv. Bei drei weiteren Fällen sahen wir die nitroide Reaktion nur bei einer Injektion auftreten. Bei 14 Fällen sahen wir unmittelbar nach der Injektion Ohnmachtsanfälle. Als sich die Kranken nach der Injektion aufrichten wollten, wurden sie bleich, hatten ein unangenehmes Gefühl in Brust und Leib und bekamen einen Schwindelanfall. Mit Ausnahme von einem Fall, bei dem der Anfall und das Erbrechen 2 Tage anhielt und eine Salvarsan-Enzephalitis befürchten ließ, waren keine Folgeerscheinungen zu verzeichnen.

B) Sekundäre: Der einzige erwähnenswerte ist folgender Fall: Patient 28 Jahre alt, vor 6 Jahren infiziert, bei Beginn der Behandlung WR positiv, keine anderen Symptome als eine Abspannung und Unterernährung, keine Kopfschmerzen, keine sensibeln, keine motorischen Störungen. 3 Tage nach der dritten Injektion ein klassischer epileptiformer Anfall von halbstündiger Dauer. Kopfschmerzen und Exitationszustand dauerte über eine Woche. Kann man diesen Fall als eine latente meningeale Reaktion, durch Neosilbersalvarsan provoziert, deuten? Oder handelt es sich um eine toxische Nebenerscheinung durch das Medikament? Im voliegenden Fall neigen wir zu der Annahme, daß die Injektion von Neosilbersalvarsan als Provokationsinjektion bei der Latenz der nervösen Lues wirkte. Man muß mithin immer die Kur mit geringen Dosen beginnen.

Bei einem weiteren Fall von papulöser Syphilis trat ein Ikterus auf, der aber in 2 Wochen geheilt war.

Bei einem anderen Fall sahen wir einen Zoster am Schenkel.

Ergebnis der Behandlung.

a) Bei Kranken der primären, sekundären und tertiären Lues mit äußeren stark ausgesprochenen Symptomen. Die Resultate sind ungefähr dieselben wie bei den Medikamenten derselben Gruppe. Das Neosilbersalvarsan ist weder über- noch unterlegen sowohl in der Schnelligkeit wie in der Art der Wirkung. (Primäraffekte, Schleimhautplaques, Gummata.) Bei einem Fall einer hereditären Lues mit einem fagedänischen Tertiarismus und mehreren gummösen Infiltrationen an den Extremitäten war die Wirkung schnell. Sie glich der Wirkung des Altsalvarsans in der ersten Zeit der Anwendung. Nach einem Monat war alles bereits vernarbt.

b) Bei Kranken mit Lues des Nervensystems.

Bei 2 Kranken mit Paralyse im stationären Stadium war die Wirkung gleich Null. Die Paralyse nahm ihren gewöhnlichen Fortgang. Unter 9 Tabeskranken verschiedener Formen und Stadien war bei 5 die Wirkung gleich Null. Bei einem Fall Besserung der tabischen Arthritis, bei einem weiteren Fall Besserung der Motilität, bei einem anderen Fall Besserung der viszeralen Schmerzen, bei einem letzten Fall Besserung der Kraft und der Stabilität. Ein Fall von diffuser Conjunctivitis luetica, diagnostiziert durch die Analyse des Liquors als Pseudoparalyse, notierte eine auffallende Besserung. Die Injektionen mußten jedoch wegen einer eingetretenen arsenikalen Enteritis unterbrochen werden. Bei einem Fall mit Hautgummata und gleichzeitigem fronto-parietalem Kopfschmerz, der ein zerebrales Gumma vermuten ließ, trat nach der 4. Injektion Heilung ein. Bei einem Fall mit zerebrospinaler meningealer Reizung trat Heilung ein. Bei einem weiteren Fall von diffuser meningealer Enzephalitis mit syphilitischer Psychose (Verlust des Gedächtnisses, Gedankenverwirrung) mit gleichzeitigem, intensivem, hinterem Kopfschmerz, trat bereits nach der ersten Injektion Besserung ein, die anhielt. Bei einem Fall von alter Basalleptomeningitis wurden vor vier Jahren bereits die paretischen und paralytischen Störungen am Auge und der unteren linken Extremität durch Neosalvarsan beseitigt. Trotz weiterer kombinierter Salvarsan-Quecksilber-Kuren blieb ein unangenehmes Leiden zurück, ein intermittierender dumpfer Kopfschmerz mit melancholischen Ideen. Der auffallendste Fall war folgender: J. C., 38 Jahre alt, infiziert mit 21 Jahren, ungenügend behandelt. Ein Jahr nach der Infektion trat eine gummöse tuberöse Syphilis im Gesicht, am Stamm und an den Extremitäten auf. Einige Tage nach dieser Erscheinung wurde der Patient von einer inkompletten Paraplegie, einer Paralyse des M. ocul. dex. und einer Kontraktur der rechten Hals- und Gesichtsmuskeln befallen. Diagnose lautete: zerebrospinale disseminierte Leptomeningitis. Nach Kalomelinjektionen verschwand die gummöse

Digitized by Google

Eruption, heilte die Paraplegie, besserte sich die Kontraktur, heilte die delirante Psychose. Der Kranke blieb jedoch in einem Zustand von Infantilismus mit einem typischen Tik. Der Kranke stand seit jener Zeit in ständiger Behandlung. Alle Salvarsansorten bis zum Silbersalvarsan wurden angewendet. Kopfschmerz, allgemeines Unbehagen, melancholische Ideen blieben bestehen. Das Neosilbersalvarsan hat ihn auch von diesen Zuständen befreit. Die WR blieb jedoch positiv.

c) Irreduktible Fälle: Zu diesen gehören einige der bereits geschilderten Kranken mit Lues des Nervensystems. Unter irreduktibeln Fällen verstehen wir diejenigen, bei welchen die WR durch irgend welche Medikation nicht beeinflußt wurde. Solche Fälle hat jeder Spezialist zu verzeichnen. Unter den 8 mit Neosilbersalvarsan behandelten Fällen zeigte ein Fall eine verzögerte Hämolyse. Wir können dies wohl als negativ ansprechen.

Zusammenfassung.

1. Bei der aktiven Syphilis ist die Wirkung des Neosilbersalvarsans den anderen Medikamenten derselben Gruppe ähnlich.
2. Bei alter Syphilis des Nervensystems wurde eine Besserung der Symptome erzielt, die durch andere Medikationen bisher nicht erreicht war.
3. Der Erfolg bei der parenchymatösen Nervensyphilis war unbedeutend, ein weiterer Versuch wäre zu empfehlen.
4. Es ist möglich, daß das neue Medikament als Provokationsmittel für latente Fälle benutzt werden kann.
5. Bei irreduktibeln Fällen soll man das Medikament mit großer Zurückhaltung anwenden.
6. Die Nebenerscheinungen sind weniger häufig als bei Silbersalvarsan, vielleicht sogar als bei Neosalvarsan.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Dezember 1921, H. 3.

Über Protoplasmaaktivierung und Osmotherapie, insbesondere durch intravenöse Traubenzuckerinjektionen, von W. Scholtz-Königsberg. S. 127—135. Nach Kennzeichnung der auf Injektion von protoplasmaaktivierenden Stoffen erfolgenden Reaktion als Heilentzündung, geht Sch. näher auf den Wirkungsmechanismus der verschiedenen zur Einverleibung gelangenden Mittel ein. Bei intravenösen Kochsalz- und Traubenzuckerinjektionen kommt zu dem Moment der Zellreizung noch das der Osmose (Osmotherapie). Was schließlich die Einzelwirkungen anbetrifft, so rufen alle hier in Frage kommenden Stoffe zunächst eine Leukozytose hervor. Manche (Deutero-Albumosen) regen die Bildung spezifischer Antikörper an, andere zeigen wieder eine ausgesprochene Wirkung auf die Gefäße. Der günstige Effekt der Traubenzuckerinjektionen beruht auf Osmose und Protoplasmaaktivierung. Besonders gut pflegen frische Ekzeme, toxische Dermatitiden, das Erythema exsudativum sowie Pemphigus beeinflußt zu werden.

Über sogenannte fixe und allgemeine urtikarielle, rezidivierende Exantheme nach Salvarsan und Quecksilber, von C. Gutmann-Wiesbaden. S. 135—148. Der Unterschied zwischen den sogenannten fixen Exanthemen nach Salvarsan oder Hg-Darreichung und den nach Applikation derselben Medikamente auftretenden Urtikariafällen ist nach G. kein prinzipieller. Besonders hervorzuheben ist die Beobachtung eines urtikariellen Exanthems nach Novarsurolinjektion, sowie die Beschreibung einer ganz intensiven, im Gefolge von endolumbaler Salvarsanbehandlung sich zeigenden Urtikaria. Die beschriebenen Nebenerscheinungen erfordern Wechsel des Salvarsanpräparats, sowie vorherige Adrenalingaben.

Epidermophytia inguinalis generalisata mit Beteiligung der Nägel, von St. R. Brünauer-Wien. S. 148—154. B. berichtet über einen Fall von generalisiertem Ekzema marginatum, bei dem neben der nicht häufigen Beteiligung der Hände und Füße sowie der oberen Extremitäten besonders das Befallensein der Interdigitalfalten

Digitized by Google

wie der Nägel bemerkenswert ist. Das Epidermophyton inguinale konnte in den Nägeln kulturell nachgewiesen werden. Therapeutisch wird gegen Ekzema marginatum Wilkinson-Zinkpaste, und für die erkrankten Nagelpartien, nach Exkochleation der brüchigen Teile, Bepinselung mit Tinctur. Rusci empfohlen. F. Rosenberger-Hamburg.

Bücherbesprechungen.

Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung, Frauenheilkunde, von J. Schwalbe-Berlin. (Verlag Georg Thieme-Leipzig, 1921.) In den vorliegenden drei Heften, in denen in Kürze die häufigsten Fehldiagnosen und die dadurch entstehenden Irrtümer auf dem Gebiete der Frauenkrankheiten vorgeführt werden sollen, enthalten auch einzelne den Dermatologen interessierende Kapitel. Im großen und ganzen dürften bei Blennorrhoe und Syphilis die wichtigsten Fragen gestreift sein. Als bedauerlich wird aber empfunden, daß dem im Gegensatz zur Anschauung des Verf. bei uns recht häufig vorkommenden Ulcus molle, das mit zu den häufigsten und schwerwiegendsten Irrtümern Veranlassung gibt, nur eine allzu kurze Betrachtung gewidmet ist. Eine etwas ausführlichere Bearbeitung gerade dieser Erkrankung wäre in einer Neuauflage wünschenswert. Trotz der sonst guten Ausstattung sind die Bilder vielfach recht unscharf und undeutlich. Im übrigen sind die Hefte, deren Preis auch ein recht niedriger ist, durchaus zu empfehlen. E. Langer-Berlin.

Zur Pathologie der menschlichen Brustdrüse mit besonderer Berücksichtigung des Stromas, von N. Kudji. (Aus dem Pathol. Institut zu Basel. Verlag Alfred Kernen-Stuttgart, 1921.) Wie der Titel der Monographie andeutet, liegt ihr Reiz in dem sorgfältigen Studium des Stroma der Brustdrüse, das unter normalen und pathologischen Verhältnissen an einem sehr großen Material angestellt wurde. Die physiologischen Schwankungen der normalen Mamma unter den Zeichen der Menstruation, Gravidität u. a. führten zu histologischen Feststellungen, die den Dermatologen um so mehr fesseln, als die Unna-schen Protoplasmafärbungen, Zellstudien und Unnas ureigenes Feld der Pathologie des Zwischengewebes weitgehende Berücksichtigung finden. Die zellige Infiltration der normalen Mamma mit ihren Plasmazellen, Lymphozyten u. a., Art und Häufigkeit der Mastzellen, der Einfluß von Hormonen auf den Gang der histologischen Veränderungen u. a., Kollastin und Kollazin und basophiles Kollagen, Elastin und das seltene Elazin in der Mamma, um nur einige herauszugreifen, werden skizziert und zur Basis für die weitausgreifenden Befunde bei der erkrankten Mamma gemacht, deren umfängliche pathologische Anatomie in einer Gründlichkeit beleuchtet wird, wie es bei Arbeiten aus Hedingers Institut hinreichend bekannt ist. Wir Dermatologen haben uns noch zu wenig mit den Gitterfasern befaßt, die schon eine eigene Literatur gezeitigt haben; ihr Verhalten und ihre Neubildung beim Karzinom, ihr Vorkommen in degenerierter elastischer Substanz, Bildung von Hyalinmembranen aus Epithel, Krompechers Ideen über die ersten Anfänge des Mammakrebses, Übergänge von Hypertrophie und Adenom der Mamma, Erscheinen von Xanthomzellen, Auftreten und Deutung der Epithelwucherungen in unmittelbarer Nachbarschaft ausgesprochener krebsiger Bildungen, Karzinom und Elastin — das wieder, um das Interesse der Fachkollegen an dieser ihnen scheinbar entrückten Arbeit zu erwecken. Das Buch ist schön ausgestattet. Eine Neuauflage dürfte sich in der Wiederholung bestimmter Einzelheiten Beschränkungen gefallen lassen. E. Delbanco-Hamburg.

Die syphilitischen Erkrankungen in der Allgemeinpraxis, von P. Mulzer. (Verlag J. F. Lehmann-München, 1922.) Bei der großen Anzahl Bücher, die besonders auch auf unserem Spezialgebiet heutzutage auf dem Markt erscheinen, geht man zunächst wohl an jedes mit mehr oder weniger Skepsis heran. Um so erfreulicher ist, wenn man unter den vielen wieder einmal einem Buche begegnet, das seinem gesteckten Ziele entspricht. Das vorliegende Werk dürfte wohl in der Hauptsache die Erwartungen, die man an dasselbe stellt, erfüllen. Es ist für den Praktiker, der sich schnell über ein Gebiet orientieren will und für den Studierenden geschrieben. Dabei wird in kurzer und knapper Form alles, was an Neuem geleistet worden und in der Syphilisforschung hinzugekommen ist, hervorgehoben. Der einzige Vorwurf, den man diesem Buche, das eine Art Kompendium darstellt, wohl machen kann, ist der, daß es zu populär geschrieben ist. Man hat an manchen Stellen den Eindruck, daß es mehr für

Digitized by Google

einen Laien als für einen medizinisch vorgebildeten Arzt geschaffen ist, ein Nachteil, dessen Abänderung in einer Neuauflage sehr wünschenswert wäre. Dagegen berührt in allen Kapiteln sehr angenehm, daß bei jedem Krankheitsbild andere differentialdiagnostisch in Frage kommende Erkrankungen hervorgehoben sind. Recht glücklich war der Gedanke, in diesem Werke sämtliche Gebiete syphilitischer Erkrankungen von auf ihrem Spezialgebiet hervorragenden Mitarbeitern bearbeiten zu lassen. Der Preis des Buches ist bei guter Ausstattung für heutige Verhältnisse nicht hoch.

E. Langer-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Blennorrhoe.

b. Pathologie und Klinik.

Ein Beitrag zu den gonorrhoischen Hautmetastasen, A. Weill-Hamburg. (Kl. W., 1922, Nr. 8, S. 374.) Bei einem per exclusionem als blennorrhoisch diagnostizierten Fall von Polyarthritis stellte sich nach der 4. Arthigoninjektion ein Exanthem vom Aussehen des Erythema nodosum ein, und es bildete sich ein kleiner Abzeß unter der Halsfaszie über dem Schildknorpel, in dessen Eiter Gonokokken nachgewiesen werden konnten; mehrfache Versuche, aus den Exanthemstellen Gonokokken nachzuweisen, mißlangen. Es ist wohl anzunehmen, daß das Exanthem und der Abzeß auf embolischem Wege zustande gekommen sind, und daß als auslösende Ursache die Arthigoninjektion in Betracht kommt. Nach Wochen subjektiven Wohlbefindens wurde dasselbe Exanthem und eine erneute Schwellung des rechten Kniegelenks durch eine Angina specifica provoziert. Im Gelenk konnten Gonokokken nachgewiesen werden, dagegen nicht im Exanthem. E. Langer-Berlin.

Lokale Reaktionen auf intrakutane Aolaninjektionen, von Helmut Gaumitz-Jena. (M. m. W., 1921, Nr. 49, S. 1585.) Kindermaterial. Newermanns Vermutung, daß man aus der Hautreaktion einen Schluß auf Bestehen von Blennorrhoe machen könne, hat sich nicht bestätigt. A. v. Notthafft-München.

c. Therapie.

Grundlagen der Gonorrhoebehandlung, von F. Rosenthal-Berlin. (Kl. W., 1922, Nr. 9, S. 423.) Kurze Allgemeinübersicht über den heutigen Stand der Therapie: 1. Abortivkur nach Blaschko mit 2%iger Albarginlösung für ganz frische Fälle mit noch nicht eitrigem Ausfluß geeignet. Bei für Abortivkur nicht mehr geeigneten Fällen tägliche Spülungen in schwächerer Konzentration. Unterstützung der Behandlung durch Terpentin-Olivenölinjektionen. 2. Bei frischer und vorgeschrittener Blennorrhoe günstige Erfolge mit Spülungen mit den Akridinfarbstoffen, ganz besonders gute Resultate mit Silbersalvarsanspülungen — bei Abortivkur 1%, sonst schwächer —, dagegen keinen Erfolg intravenös, zu empfehlen auch Fulmargin und 1‰ Tellurlösungen. 3. Bei allen Komplikationen, insbesondere Epididymitis beim Mann und Peritonitis der Frau, gute Unterstützungserfolge der übrigen Therapie durch Vakzine. 4. Wichtigkeit der Beachtung der Prostatitis und Cowperitis; Warnung vor zu häufigem und zu starkem Massieren. 5. Behandlung und Beachtung der Infiltrate und paraurethralen und akzessorischen Gänge. 6. Zur Provokation bei Abschluß der Behandlung resp. zur Erteilung des Ehekonsenses neben Vakzine vor allem Reizung mit 5fach verdünnter Lugollösung empfohlen. Nach der Reizung 4 Tage hintereinander Präparate untersuchen! Wichtigkeit der Schlußdiagnose bei Heilung der weiblichen Blennorrhoe. Ebenfalls Provokation durch Vakzine und durch Austupfen von Zervix und Urethra mit Lugollösung. Latente Blennorrhoe der Frau häufigste Ursache für Übertragungsfälle.

E. Langer-Berlin.

Erfahrungen mit der Gipsverbandbehandlung bei gonorrhoischer Arthritis (Observations on the Cast Treatment of gonorrheal Arthritis), von Clyde W. Collings-New York. (J. Am. m. Ass., Bd. 77, Nr. 23, S. 1789—1792.) Von den verschiedensten Behandlungsmethoden sah Verf. bei den blennorrhoischen Gelenkerkrankungen noch die besten Erfolge bei Immobilisierung der erkrankten und der benachbarten Gelenke durch Gipsverbände, die 14 Tage liegen bleiben, dann entfernt werden; das Gelenk wurde ein wenig

Digitized by Google

bewegt und auf weitere 14 Tage eingegipst, bis Schwellung und Schmerzen geschwunden sind. Dann wird der Licht-Schwitzbügel und Massage angewandt. Versteifungen sollen bei dieser Methode nicht vorgekommen sein! A. de Lemos-Hamburg.

Die Behandlung der Zervixerkrankungen mit Hilfe von Zelluloidkapseln, von W. Pust-Jena. (M. m. W., 1921, Nr. 42, S. 1362.) Pust stülpt über die Portio Zelluloidkapseln, die sich fest ansaugen. Sie werden alle 3 Tage entfernt und gereinigt und vor dem Neuansetzen Portio bzw. Zervikalkanal behandelt. Die Erosionen, Katarrh und Gonokokken schwinden überraschend schnell. Auch die Scheidenkatarrhe heilen aus. Das Verfahren würde sich für die Prostituiertenbehandlung empfehlen. Der Abschluß wirkt wohl deshalb antikatarrhalisch und epithelisierend, weil er das Eintauchen der Portio in Eiter und saures Sekret verhindert, die Gonokokken schwinden, weil in dem jetzt abgeschlossenen Raum die bakteriziden Kräfte sich ähnlich wie in den Tubensäcken kräftiger entwickeln. Während der Periode kann das Hütchen liegen bleiben.
A. v. Notthafft-München.

Urogenitalapparat.

a. Allgemeines, Anatomie.

Zwei seltene Befunde aus der Pathologie des männlichen Urogenitalsystems, von Brack, Path. Inst., Hamburg. (Virch. Arch., 1922, Bd. 236, S. 301—306.) 1. Bei der Sektion eines 68jähr. Monteurs, bei dem klinisch Rektumkrebs und unklare Erkrankung des uropoetischen Systems festgestellt waren, fand sich neben einem Rektumkarzinom mit verschiedenen Metastasen sowie Gallensteinen und Cholangitis eine oberflächliche Zottengeschwulst, die in multiplen, rasenförmigen Herden am rechten Nierenbecken, diffus am rechten Ureter und am rechten Ureterostium der Blase lokalisiert war. Im Nierenbecken-Ureterinhalt fanden sich enorm reichlich Cholesterintafeln. Aus dem Nierenbeckeninhalt ließ sich reichlich B. coli in Reinkultur züchten. Der vorliegende Fall spricht für infektiöse oder auch toxische Ätiologie derartiger, histologisch als gutartige Fibroepitheliome imponierender Prozesse. 2. Fall von überzähliger Samenblase mit Samenleiter. Noch nicht bisher beschriebene Variante.
F. Jacobsohn-Berlin.

Eine bisher unbekannte Form der Azoospermie, von C. Posner-Berlin. (Kl. W., 1922, Nr. 6, S. 261.) Neben den bisher bekannten Formen der Azoospermie, und zwar 1. der angeborenen und erworbenen Inaktivität der Spermatogenese und 2. der erworbenen Obliterations-Azoospermie beschreibt Verf. eine in mehreren Fällen beobachtete 3. Form, und zwar eine „angeborene Obliteration-Azoospermie", deren Diagnose nur aus der Hodenpunktion gestellt werden kann. Anamnestisch keine Geschlechtskrankheiten, Prostata, Samenblasen und Harnröhre normal, Hoden normal resp. in einem Fall mäßige Atrophie. Sitz der angeborenen Obliteration nicht mit Sicherheit festzustellen, daher auch Unmöglichkeit einer Erfolg versprechenden Therapie. Es käme in Frage mit dem frisch entnommenen Hodenpunktat eine künstliche Befruchtung zu versuchen. E. Langer-Berlin.

b. Penis, Urethra, Blase.

Vorteile und Nachteile des Verweilkatheters, von Legueu. (Progr. Méd., 1922, Nr. 15.) Für die Anwendung ist von Wichtigkeit, daß er richtig eingesetzt ist (Urin muß tropfenweise abfließen) und seine Stellung bewahrt. Die Wirkung beruht in Drainage, Schutz für die Harnröhre, sie ist ferner eine dekongestive z. B. bei Prostatatumoren und eine analgetische für die Blase. Die Anwendung ist indiziert bei Harninfektionen, besonders prophylaktisch bei Uretrotomia int. (wodurch Mortalität von 60% auf 2% gefallen), bei Infektionen nach Dilatationen, Zystoskopie, mißlungenem Katheterismus, Lithotripsie. Fernere Indikationen: Hämaturien (im Anschluß an Koitus), Verengerungen, Vorbereitungen für Operationen oder Katheterismus, Wegbarmachung für Steine. Der Verweilkatheter kann jedoch seinerseits zu Infektionen führen, deshalb nie nach Laparatomien. Beim Manne kann er Hoden- und Nebenhodenentzündungen bewirken, ferner Abszesse an der Peniswurzel, die in Fisteln, Perforationen ausgehen. Vorsichtsmaßregeln: Gründliches Sterilisieren, keine harten Sonden sondern weiche Kautschukkatheter, alle 8 Tage wechseln. E. Levin-Berlin.

Die chronischen Retentionen prostatischen Ursprunges (Les retentions chroniques d'origine prostatiques), von Legueu. (Progr. Méd., 1922, Nr. 11.) Es ist nicht

Digitized by Google

angängig, das Prostata-Adenom, das als die gewöhnliche Ursache des Prostatismus angesehen wird, für dessen Zustandekommen für unbedingt erforderlich zu halten. Gegen eine ausschließlich mechanische Theorie spricht schon die Tatsache, daß das wichtigste Symptom des Prostatismus, die komplette chronische Retention, sich gerade bei kleinen Adenomen findet (deren Prozentsatz bei der inkompletten geringer ist) und sogar bei Kranken vorkommt, die gar keinen Tumor haben, bei denen sich allerdings histologische Veränderungen finden. Die eigentliche Ursache des Prostatismus sind histologische Veränderungen (Hypertrophie der fibrösen, glandulären, muskulären Elemente) des Blasenhalses, der dadurch in seiner Dehnbarkeit beeinträchtigt wird, die Fähigkeit, sich zu öffnen verliert. Deshalb ist die Resektion des Blasenhalses die in Betracht kommende Therapie. E. Levin-Berlin.

Die Behandlung der Reizblase mit Eukupinöl, von E. Schneider-Brückenau. (D. m. W., 1922, Nr. 7, S. 228—229.) Gute Erfolge nach Instillationen mit 1% igem Eukupinöl bei Blasentuberkulose und bei Reizblasen anderer Ätiologie. Die Hauptwirkung besteht in der Ruhigstellung der Blase. Man injiziert zuerst 5 ccm, später bis zu 10 ccm Öl. Die Herstellung der Eukupinlösung erfolgt so, daß man das Öl auf 40—50° erwärmt und dann Eukupin langsam zusetzt. Die Mischung wird nun 5 Minuten lang gekocht. Nach dem Erkalten ist das Öl verwendbar. Bei Reizblasen auf rein nervöser Basis erzielten die Instillationen keinen Erfolg. F. Harry-Berlin.

Blasenverletzung durch Pfählung, von W. Schröder-Stargard i. P. (M. m. W., 1921, Nr. 50, S. 1624.) A. v. Notthafft-München.

Zur Kasuistik der Fremdkörper der Blase, von H. Ulrich-Kottbus. (M. m. W., 1921, Nr. 50, S. 1624.) Ein Papierpfropf, den sich ein Mann, um die Befruchtung zu verhindern, in die Harnröhre gesteckt hatte, rutschte nach hinten in die Blase. A. v. Notthafft-München.

Extraktion einer eine perivesikuläre gangränöse Phlegmone erzeugenden Haarnadel aus der Blase durch suprapubischen Schnitt; Heilung (Estrazione dalla vesciva con taglio suprapubico di forcina da capelli che provoca grave flemmone gangrenoso perivescicale; quarigione), von Cesare Silvan (Il Policlinico, 1922, Bd. 7.) Fall von perivesikulärer Phlegmone infolge einer zu Onaniezwecken eingeführten Haarnadel bei einem 14jähr. Mädchen. Cystotomia pubica. Extraktion des Fremdkörpers. Verweilkatheter. Vollständige Heilung in 37 Tagen. Hinweis auf die Zwecklosigkeit von Extraktionsversuchen der Fremdkörper in ähnlichen Fällen und Notwendigkeit der Radikaloperation. E. Freund-Triest.

Harnretentionen ohne nachweisbare Ursachen, von J. J. Stutzin-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 11, S. 357—358.) Verf. glaubt, daß den Harnretentionen ohne nachweisbare Ursache neurogene Momente zugrundeliegen in dem Sinne, daß die Störung der Funktion der Blasenmuskulatur lange Zeit das einzige Symptom einer nervös-organischen Erkrankung ist. Die Diagnose Prostatisme sans prostate soll nur im äußersten Notfall gestellt werden. F. Harry-Berlin.

Prostatahypertrophie als Fehldiagnose bei angeborener Harnröhrenverengung am Übergange der Pars membranacea in die Pars prostitica, von Gerhard Düttmann-Gießen. (Bruns Beitr. z. klin. Chir., 1922, Bd. 125, H. 2, S. 368—376.) Ein 45jähr. Pat. mit Miktionsbeschwerden muß mehrfache Operationen über sich ergehen lassen, weil man an eine Prostatahypertrophie dachte. Ein Bougie passiert die Harnröhre, überwindet aber ein nicht allzugroßes Hindernis in der hinteren Harnröhre. Eine Sectio alta stellt zunächt die Fehldiagnose der Prostatahypertrophie fest; eine zweite Operation sollte die jetzt angenommene Blasenhalsklappe beseitigen, schließlich gelingt es durch eine Urethrotomia externa die richtige Diagnose einer Verengerung festzustellen. Es besteht eine halbmondförmige Falte, die durch mehrfache Einschnitte beseitigt, wodurch der Pat. geheilt wurde. Man denke auch bei älteren Pat. nicht nur an eine Hypertrophie, sondern auch an Verengerungen, insbesondere wenn der Pat. seit jeher über Miktionsbeschwerden klagt. W. Chrzelitzer-Waldenburg.

c. Hoden, Samenbläschen, Prostata.

Beitrag zur Behandlung der Prostata-Hypertrophie (Contributo alla cura dell' ipertrofia prostatica), von Quido Carisi-Venedig. (La Rif. Med., 1922, Nr. 11.) Verf. zählt zunächst die in der jüngeren Zeit beobachteten Methoden der Prostataoperationen auf, bespricht des genauen vor allem die Bottinische Operation betreffend ihre Kontraindikationen und Resultate und präzisiert den von seinem Lehrer Giordano diesbezüglich

Digitized by Google

eingenommenen Standpunkt. Es folgt dann die Besprechung der Methoden der Kastration bei Prostata-Hypertrophie, welche von GIORDANO ebenso verworfen wird wie die anderen, die Atrophisierung der Prostata bezweckenden Methoden. Dagegen ist GIORDANO ein entschiedener Anhänger der Prostatektomie vom Damme aus, mit welcher er folgende Resultate erzielt hatte: Von 21 Fällen wurden 13 vollständig, 2 unvollständig geheilt und 6 starben. Aber auch die transvesikale Methode (FREYER) wird von GIORDANO aus folgenden Gründen gern geübt: a) weil diese keine größeren technischen Schwierigkeiten darbietet als die peritoneale, b) weil sie eine vollkommene Drainierung ermöglicht, c) weil es zu keinen großen Blutungen kommt und weil eventuell vorkommende leicht zu beherrschen sind, d) wegen der Raschheit der Vernarbung, e) wegen des seltenen Vorkommens von Fistelbildungen und f) wegen des selteneren Vorkommens von Lähmungserscheinungen oder von Verlust der geschlechtlichen Funktionsfähigkeit.

E. Freund-Triest.

Über Hyperorchidie, von ALFRED HAAS-München. (D. Zschr. f. Chir., 1922, Bd. 168, H. 1 u. 2.) Bei einem 9jähr. Knaben mit sonst normalen Genitalien sind die Hoden nicht in den Hodensack herabgestiegen. Bei der Operation findet sich links ein erbsengroßer überzähliger Hoden, der hochgradig hypoplastisch ist, einen Nebenhoden und echten Ductus deferens aufweist. Derartige Fälle beweisen, daß echte Hyperorchidie ohne Hermaphroditismus vorkommt, wenn dies auch als außerordentlich selten betrachtet werden muß.

E. Levin-Berlin.

Epididymitis und suprapubische Prostatektomie (Epididymitis and Suprapubic Prostatectomy), von H. P. WINSBURY WHITE. (Lancet, 1922, Nr. 5138, S. 321—22.) Entzündliche Veränderungen der Epididymis nach der Prostatektomie sind die Regel. Verf. hat 82%, die er in 5 verschiedene Grade von geringer Verdickung bis zur Vereiterung einteilt. 58% sind einseitig. 67% zeigen nur geringere Veränderung ohne Eiterung. Nur 38% wurden vor der Operation als völlig normal befunden. Da nur bei 46% der postoperativen Epididymitiden eine Geschlechtskrankheit vorausgegangen war, kann die vorhergehende Infektion nicht der alleinige Faktor für ihre Entstehung sein. Zweizeitige Prostatektomie ergab etwas bessere Resultate.

G. Assmann-Kiel.

Zur Theorie der Nebenhodentuberkulose, von SCHMIEDEN-Frankfurt a. M. (M. m. W., 1921, Nr. 48, S. 1563.) Bei der Nebenhodentuberkulose kommt vor allem die Allgemeinbehandlung in Frage. An Stelle der Kastration soll möglichst die Teilexzision treten. Wegen der Gefährdung anderer wird bei offener Nebenhodentuberkulose Heilstättenbehandlung zu fordern sein.

A. v. Notthafft-München.

Die chirurgische Behandlung der Sublimatniere, von H. KLOSE-Frankfurt a. M. (BRUNS Beitr. z. klin. Chir., 1922, Bd. 125, H. 2, S. 459—466.) Im Gegensatz zu den Fällen von toxischen Nephrosen — wie Scharlachnephritis oder Eklampsienephritis — hat die Nierendekapsulation und Nephrotomie bei der Sublimatniere in der überwiegenden Mehrzahl vollständig versagt, weil hierbei bereits Nekrose, die letzte Phase regressiver Veränderungen eingetreten ist. Derartig schwere Schädigungen in der Niere und im übrigen Organismus lassen eine Wiederherstellung ausschließen, selbst wenn es auch gelingen sollte, vorübergehend die Diurese in Gang zu bringen. Es müssen weitere Versuche gemacht werden.

W. Chrzelitzer-Waldenburg.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Behandlung der Pyelitis, von W. NONNENBRUCH-Würzburg. (M. m. W., 1921, Nr. 50, S. 1626.) Für praktische Ärzte geschriebener Aufsatz.

A. v. Notthafft-München.

Über einen merkwürdigen Nierenbefund, von CORNELIA DE LANGE-Amsterdam. (Virch. Arch., Bd. 237, H. 1 u. 2, S. 276—280.) Die stark ikterische Leiche eines 6 Wochen alten Kindes, das an doppelseitiger Pneumonie gestorben ist, zeigt außer geringer Zirrhose der Leber und der Milz folgende Nierenveränderungen: Das Epithel der gewundenen Harnkanälchen sieht auf den ersten Blick Protozoen sehr ähnlich. Die Zellen sind stark geschwollen, einzelne haben den Kern verloren, bei den meisten hat sich das Kernchromatin im Zentrum zu einer kleinen Kugel zusammengeballt. Das Protoplasma sieht schaumig aus. An einzelnen Stellen sind die Zellen abgestoßen und liegen im Lumen der Tubuli contorti, die stellenweise geronnenes Eiweiß, Leukozyten und Gallenpigmente enthalten. Die schaumige Entartung hat den Tubulus contortus in seiner ganzen Länge getroffen. Die übrigen Harnkanälchen zeigen nichts von dieser Degeneration. Die ge-

Digitized by Google

schwollenen Zellen enthalten weder Fett noch Lipoide noch Glykogen. Die Ätiologie ist ungeklärt. Spirochäten wurden in keinem Organ gefunden, bei den Eltern liegt keine Syphilis vor. G. Assmann-Kiel.

e. Weibliches Genitale.

Zur Behandlung des Pruritis vulvae, von Rosenstrauss-Berlin. (Klin.-ther. Wschr., 1922, H. 9 u. 10, S. 83.) Empfehlung von Peru-Lenicet-Salbe zur Behandlung des Pruritus vulvae. F. Hirsch-Ulm.

Primäres tuberkulöses Geschwür der Vulva und der Blase. Mikroskopische, histologische und bakteriologische Untersuchung (Ulcerazione tuberculare primitiva della vulva e della vesciva, ricerche microscopiche, istologiche e batteriologiche), von M. Gravagna. (Il Policlinico sez. prat., Bd. 7.) Fall von primärem tuberkulösem Geschwür der Vulva und der Blase. Die Diagnose wurde durch mikroskopischen Nachweis des Kochschen Bazillus im Urin und durch positiven Tierversuch erbracht. Ebenso ergab das histologische Bild eines exzidierten Geschwulstpartikelchens Tuberkulose. Vom klinischen Standpunkte aus sprach alles für den primären tuberkulösen Charakter der Affektion. E. Freund-Triest.

Teilweiser Blasenvorfall durch die weibliche Harnröhre, von Marie Hahn-Hannover. (M. m. W., 1921, Nr. 43, S. 1397.) Heilung durch Reposition.
A. v. Notthafft-München.

Sexual-Pathologie und -Hygiene.

Geschlechtstrieb und innere Sekretion, von Artur Weil-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 6, S. 188—189.) Beschreibung je eines Falles von männlichem und weiblichem Eunuchoidismus, die den Zusammenhang zwischen der Entwicklung der Keimdrüsen und dem Geschlechtstrieb veranschaulichen. Beide Pat. besaßen keine sexuellen Empfindungen. Die mangelnde Tätigkeit der Keimdrüsen gibt sich auch in der Körperform kund insofern, als die Gruppe der Wachstumsdrüsen (Schilddrüse, Hypophyse, Thymus) nicht in ihrer wachstumsfördernden Sekretion gehemmt wird. Wenn das Verhältnis von Ober- zur Unterlänge und der Schulterbreite zur Hüftbreite größer als 100:105 ist, so ist die betreffende Person entweder asexuell oder sehr frigide oder homosexuell. F. Harry-Berlin.

Über Eunuchoidismus beim Kaninchen in Gegenwart von Spermatozoen in den Hodenkanälchen und unterentwickelten Zwischenzellen, von Lipschütz, Bormann und Wagner-Dorpat. (D. m. W., 1922, Nr. 10, S. 320—322.) Experimentelle Untersuchungen an Kaninchen haben ergeben, daß die von Alfred Cohn, Stieve, Tiedje und Kyrle vertretene Ansicht, daß die Zwischenzellen nur trophische, das reife spermatogene Gewebe allein innersekretorische Funktion ausübt, nicht zutrifft. Bei einem Kaninchen wurde nach einseitiger Kastration ausgesprochener Eunuchoidismus beobachtet, obwohl das spermatogene Gewebe normal und Spermatozoen in großer Menge im Nebenhoden und in den Hodenkanälchen vorhanden waren. Dagegen waren die Zwischenzellen unterentwickelt. Letztere bilden somit einen integrierenden Bestandteil der innersekretorischen Tätigkeit des Testikels bei Säugetieren. F. Harry-Berlin.

Persönliche Prophylaxe beider Geschlechter als Hilfsmittel zur Sanierung der Prostitution, von Habermann-Köln. (D. m. W., 1922, Nr. 10, S. 322—323.) Zur Prophylaxe bei Männern wird eine Wattestäbchenauswischung der Fossa navicularis mit 5%iger Sagrotanlösung und eine Waschung des Penis mit 1%iger Lösung post coitum empfohlen. Frauen sollen vor dem Koitus ein Okklusivpessar mit Schutzcrême (Abkochung von Carageenmoos + 2%iges Sagrotan) einführen und 3—5 ccm Schutzcrême tief in die Scheide injizieren. Nach dem Koitus wird mit warmer 1%iger Sagrotanlösung gespült, das Pessar entfernt, dann die Harnröhre mit derselben Lösung desinfiziert.
F. Harry-Berlin.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T.N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

2. September 1922 | Nr. 35 | Band 75

Aus der Eppendorfer Hautklinik der Universität Hamburg (Vorstand: Prof. Unna).

Ein neues, aus dem Roherdöl gewonnenes dermatologisches Präparat.

Von

Dr. E. Ahlswede.

Wenn man es wagt, bei der Fülle der schon vorhandenen Skabiesmittel, welche zum Teil sehr wirksam und verbreitet sind, noch ein weiteres, bisher arzneilich nicht verwendetes Medikament zu empfehlen, so muß man auf folgende Punkte achten: Erstens muß dieses Mittel therapeutisch mindestens ebenso wirksam sein wie die schon gebräuchlichen Balsame, Schwefel usw. Zweitens muß es geruchlos und farblos sein, also in der Anwendung sauberer und angenehmer. Drittens darf es nicht zu teuer sein. Gerade diesen letzten Punkt halten wir für sehr wichtig. Gilt es doch, ein Hautleiden zu beseitigen, welches fast ausschließlich die arme, hygienisch vernachlässigte Bevölkerungsschicht befällt. — Wir glauben nun ein Mittel, welches diesen Anforderungen entspricht, gefunden zu haben in der Naphtensäure, einer aus dem Roherdöl stammenden Substanz von Säurecharakter, die nach einem von Zernik neu erfundenen und zum Patent angemeldeten Verfahren zum ersten Male völlig desodoriert wurde[1]). Mit dieser haben wir etwa 100 Fälle von Skabies (mikroskopischer Nachweis der Milbe) behandelt, indem wir uns eine 10%ige Salbe herstellten.

Rp. Absolut geruchlose Naphtensäure 10,0
Vasel. flav. americ. ad 100,0.

Bei sämtlichen Patienten war der Prozeß nach 2—3 Tagen abgeheilt. Das Jucken ließ schon 6—10 Stunden nach der ersten Einreibung völlig nach.

Dieses betrifft die reine Skabies, die noch nicht mit Impetigo- oder Ekzemkokken verunreinigt ist. Für die letztere, die infizierte Skabies, ist empfehlenswert eine Mischung der Naphtensäure mit Pasta Zinci sulfurata (Unna), welche von uns sonst allgemein zur Nachbehandlung von Skabiesfällen gebraucht wurde. In den meisten Krankenhäusern wird das Material wohl wie bei uns aus Fällen infizierter Krätze bestehen, so daß die zuletzt genannte komponierte Paste für Krankenhäuser die hauptsächlich zu empfehlende Form sein wird. Reizungen der Haut, Schädigungen durch Resorption haben wir nie beobachtet.

[1]) Das bisher überhaupt noch nicht therapeutisch angewandte Präparat wurde uns seitens der Erdöl- und Kohleverwertung-A.-G. Berlin (EVAG) zur Prüfung auf seine Wirkung in der Dermatologie übergeben. Das Mittel befindet sich einstweilen noch nicht im Handel.

Digitized by Google

Aus Prof. Max Josephs Poliklinik für Hautkrankheiten in Berlin.

Naphtensäure und Naphtensäureester, eine neue Gruppe von Heilmitteln zur Behandlung der Skabies.

Von

Dr. Walter Joseph, Assistent.

Im Roherdöl sind sauerstoffhaltige Bestandteile von Säurecharakter enthalten. Sie sind lästige Verunreinigungen und müssen deshalb aus dem Erdöl durch Auswaschen mit Natronlauge entfernt werden; dabei gehen die Säuren in die Lauge über und lassen sich durch Schwefelsäure aus ihr wieder abscheiden. Man bezeichnet die so erhaltenen Säuren schlechthin als Naphtensäuren. Die Menge der im Roherdöl vorhandenen Naphtensäuren beträgt höchstens nur wenige Prozent; am reichsten an ihnen ist das russische Erdöl, am ärmsten das amerikanische. Die Naphtensäuren des Handels sind dunkle, ölige Flüssigkeiten von außerordentlich widrigem, durchdringendem und lange anhaftendem Geruche. In Wasser sind sie nur sehr wenig löslich, leicht dagegen in organischen Lösungsmitteln. Sie beginnen bei etwa 130° zu destillieren und gehen bis etwa 360° unzersetzt über; darüber hinaus tritt Zersetzung ein. Im Vakuum sind sie unzersetzt destillierbar. Die Destillate stellen ein gelbes Öl dar. Es muß indes bemerkt werden, daß die Naphtensäuren des Handels niemals rein sind, sondern stets nicht unerhebliche Mengen neutrale Öle, durchschnittlich 20%, häufig auch mehr, gelöst enthalten. Ihrer chemischen Zusammensetzung nach sind die Naphtensäuren anzusehen als Karbonsäuren von Naphtenen, also gesättigten ringförmigen Polymethylenen; gewisse Naphtensäuren enthalten den Pentamethylenring, andere den Hexamethylenring.

Die Ermittlung der genauen Konstitution der natürlichen Naphtensäuren ist durch die große Anzahl der möglichen Isomeren sehr erschwert. Insbesondere gilt das auch von den neben den Naphtensäuren im Rohöl vorhandenen polymeren Polynaphtensäuren. Die in den Lehrbüchern der Chemie als „Naphtensäure" bezeichnete Hexamethylen-Karbonsäure bzw. Hexahydrobenzoesäure ist jedoch mit der entsprechenden natürlichen, im Erdöl vorkommenden Naphtensäure nicht identisch, sondern isomer.

Entsprechend ihrem Säurecharakter bilden die Naphtensäuren mit Basen Salze. Die Alkalisalze sind leicht in Wasser löslich und haben Schmierseifenkonsistenz. Die Ähnlichkeit mit Schmierseife ist aber nicht nur eine äußerliche, sondern die wässerige Lösung der naphtensauren Alkalisalze besitzt auch ein sehr starkes Wasch- und Schaumvermögen, ganz analog wie die von Fettsäureschmierseifen. Das rohe naphtensaure

Digitized by Google

Natrium wird deshalb in Rußland von weiteren Schichten der Bevölkerung, die sich an dem durchdringenden, widerlichen Geruche nicht stoßen, zu Waschzwecken verwendet. Wenn dieser abscheuliche Geruch nicht im Wege stände, würde die Verwendung der Naphtensäure auch bei uns eine weit ausgedehntere sein. So aber findet die Naphtensäure bisher nur beschränkte technische Anwendung.

Man hat verschiedentlich versucht, diesen widerlichen Geruch zu beseitigen, ist indessen im günstigsten Falle nur zu einer Verdeckung des Geruches gelangt. Bringt man ein nach den bisher bekannten Desodorierungsverfahren gewonnenes, mehr oder weniger geruchlos erscheinendes Präparat auf die Haut, so tritt stets über kurz oder lang der charakteristisch widerliche, lange anhaftende Geruch der Naphtensäure wieder auf. In neuerer Zeit erst ist es ZERNIK im wissenschaftlichen Laboratorium der Erdöl- und Kohleverwertung-Aktiengesellschaft, Berlin, gelungen, die Naphtensäure von ihrem Geruch völlig zu befreien, derart, daß auch auf der menschlichen Haut selbst nach längerer Einwirkung jener charakteristische widerliche Geruch nicht mehr wahrzunehmen ist. Diese Desodorierung erfolgt durch einfache physikalische Prozesse, die im übrigen die Eigenschaften der Naphtensäure unverändert lassen. Dadurch sind die Verwendungsmöglichkeiten dieses bisher lästigen Abfallproduktes erweitert worden, und es konnte nunmehr auch an eine medizinische Verwertung der Naphtensäure gedacht werden.

Die Naphtensäure besitzt nämlich wertvolle antiseptische Eigenschaften, und zwar soll nach SPALDING eine 1%ige Naphtensäurelösung bzw. -emulsion ebenso stark wirken, wie eine 3%ige Phenollösung.

PIORKOWSKI fand neuerdings, daß 100%ige Naphtensäure-Natriumseife in 1%iger Lösung Staphylokokken nach etwa 20 Minuten abtötete, in 2%iger Lösung nach 10 Minuten.

Die pharmakologische Prüfung der gereinigten Naphtensäure wurde durch Professor FLURY vorgenommen. Danach besitzt Naphtensäure keine stark giftigen Eigenschaften, ruft insbesondere keine schweren Organveränderungen und keine Nierenreizungen und auch keine erwähnenswerte Hautreizung hervor. Sie hat anscheinend starke Affinität zu Geweben und wird, da sie an der Stelle der subkutanen Einverleibung festgehalten wird, sehr langsam in den Kreislauf übergeführt. Die Untersuchung des naphtensauren Natriums führte zu ähnlichen Ergebnissen: auch hier handelt es sich um eine wenig giftige, schwer resorbierbare Substanz.

ZERNIK hatte seinerzeit beobachtet, daß der widerliche, der Haut noch nach vielen Stunden anhaftende Naphtensäuregeruch sich durch Abwaschen der betreffenden Stelle mit verdünntem Alkohol leicht völlig entfernen läßt, die Säure also offenbar in der Haut lange festgehalten wird. Diese, durch die spätere pharmakologische Untersuchung des Präparates bestätigte Beobachtung führte ihn dazu, die Säure auf ihre etwaige antiseptische bzw. antiparasitäre Wirkung bei Hautkrankheiten prüfen zu lassen. P. G. UNNA und seine Mitarbeiter (AHLSWEDE, PATZSCHKE) befanden die freie Säure sowohl wie ihr Natriumsalz in 10—20%iger Verreibung mit Vaseline als brauchbares und sauberes

Digitized by Google

Krätzemittel. Bei infizierter Skabies war eine Mischung mit der schwefelhaltigen Pasta Zinci sulfurata empfehlenswert[1]). Ähnliche Beobachtungen machte HENNEMANN in der Poliklinik von Professor M. JOSEPH-Berlin.

Mit Rücksicht darauf, daß erfahrungsgemäß Ester eine größere Affinität zur Hornschicht der Haut besitzen und demgemäß eine stärkere Wirksamkeit versprechen als die betreffenden freien Säuren, ging ZERNIK dazu über, Naphtensäureester darzustellen. Von den aromatischen Estern wählte er dabei den Naphtensäure-Benzylester, von den aliphatischen den Naphtensäure-Monoglykolester aus, da diese im Gegensatz zu anderen Estern der Naphtensäure, auch wenn sie aus stärkst riechender Naphtensäure hergestellt wurden, keinerlei unangenehmen Geruch besitzen, vielmehr praktisch geruchlos sind und eher noch schwach angenehm aromatisch riechen. Beide Ester sind schwach gelbliche Öle; der Benzylester siedet bei 15 mm Druck zwischen 160—240°, der Monoglykolester ebenso zwischen 160—300°[2]).

Die pharmakologische Prüfung der Ester durch LEIERS im Pharmakologischen Institut der Universität Würzburg (Prof. FLURY) ergab, daß beide Stoffe menschliche wie tierische Haut nicht reizen, Keratin nicht verändern und auch nicht hämolytisch wirken.

Der Monoglykolester ist in Wasser löslicher als der Benzylester.

Wie erwähnt, mußte bei den Versuchen mit reiner Naphtensäure in schwereren Fällen noch Schwefelbehandlung zur Unterstützung herangezogen werden. Erfahrungsgemäß wirkt nun Schwefel um so besser, je feiner verteilt er ist. Man ist deshalb von der Schwefelblüte zum Sulfur praecipitatum und von diesem zum Sulfur colloidale übergegangen oder hat Schwefel in organisch gebundener Form angewendet (Mitigal u. ähnl.). Noch energischer mußte demgemäß die Wirkung sein, wenn elementarer Schwefel gleich in gelöster Form zur Anwendung gebracht werden konnte; es war theoretisch anzunehmen, daß man dann mit verhältnismäßig geringen Mengen gelösten Schwefels dasselbe erreichen würde, wie mit ungleich größeren Mengen nicht gelösten oder organisch gebundenen Schwefels. Von dieser Überlegung ausgehend, gelang es ZERNIK, elementaren Schwefel in perkutan ungiftigen Verbindungen zu lösen[2]). Von den verschiedenen so erhaltenen Präparaten gelangten Lösungen von nur 0,75% Schwefel in dem erwähnten Naphtensäure-Benzylester und dem Naphtensäure-Monoglykolester zur Erprobung.

Die klinische Prüfung der beiden Ester mit und ohne Schwefel erfolgte bei über 100 Fällen von ausschließlich schwerer Skabies. Die einzelnen Präparate wurden in 25%iger Verreibung mit Vaseline angewandt. Es ergab sich folgendes: Reiner Naphtensäure-Benzylester wurde bei 25 Fällen schwerer Skabies angewandt. Während in 6 Fällen nach dreimaliger Einreibung an drei aufeinanderfolgenden Tagen und Bad am vierten Tage sofortige Heilung eintrat, waren in den anderen Fällen teils Rezidive wieder aufgetreten, teils mußte der Turnus drei- bis viermal wiederholt werden. Bei jedem Turnus wurden in allen Versuchsreihen etwa 120 g 25%iger Salbe verwandt.

[1]) Bisher unveröffentlichte Mitteilungen. — [2]) Das Verfahren zur Darstellung ist zum Patent angemeldet.

Digitized by Google

Bei 25 weiteren Fällen wurde eine Lösung von 0,75% Schwefel im Benzylester erprobt. Hierbei ergaben sich im ganzen 13 Heilungen, während bei den übrigen 12 Fällen ebenfalls Rezidive auftraten.

Wesentlich besseren Erfolg zeitigte die dritte angewandte Verbindung, der Naphtensäure-Monoglykolester. Von 20 untersuchten Fällen heilten 13 sofort ab.

In der letzten Versuchsreihe wurden 30 Fälle von schwerer Skabies mit einer Lösung von 0,75% Schwefel in Monoglykolester behandelt. Die Heilung erfolgte in 20 Fällen nach einmaligem Turnus, in weiteren 8 nach zweimaliger Wiederholung. Nur bei 2 Fällen, wo die Skabies schon vier Wochen vor dem Beginn irgend einer Behandlung bestanden hatte, trat Heilung erst nach dem vierten Turnus ein.

Von den vier untersuchten Präparaten wäre also der 0,75% elementaren Schwefel gelöst enthaltende Naphtensäure-Monoglykolester das wirksamste Antiskabiosum, um so mehr, da er absolut reizlos und prompt juckstillend wirkt.

Sämtliche beschriebenen Naphtensäurepräparate befinden sich zur Zeit noch nicht im Handel. Die vorstehenden Mitteilungen haben lediglich den Zweck, die diesseitigen Versuche mit dieser neuen, dermatologisch außerordentlich interessanten Klasse von Präparaten einstweilen niederzulegen. Spätere Anwendung auch auf andere aussichtsreiche dermatologische Indikationen ist in Aussicht genommen.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 25. Juli 1922.

Originalbericht von Dr. L. Klebeberg-Berlin.

1. Moses: **Lupus vulgaris disseminatus** an beiden oberen Extremitäten bei einer Frau. Vor $1^1/_2$ Jahren nach Grippe aufgetreten. Histologisch charakteristischer Lupus vulgaris.

2. Langer (Abt. Buschke): a) 8jähriges **kongenital-luetisches Kind** mit **Periostitis** des l. Oberarmes — typisches Röntgenbild — und **Zahnwachstumsstörungen.** Ausbleiben des Durchbruchs der **oberen,** vor allem der mittleren **Schneidezähne,** während der Zahnwechsel im Unterkiefer vollendet ist.

b) **Subakute Leberatrophie** mit **Aszites, linksseitiger Hydrothorax.** Demonstration der makroskopischen und mikroskopischen Präparate. Histologisch: hyperplastische Leberzelleninseln, Bindegewebsvermehrung und Wucherung von Gallengängen. Ikterus war 2 Monate nach einer kombinierten Hg-Salvarsantherapie aufgetreten. Klinisch bestand starker Aszites, verkleinerte Leber, hochgradiger Hydrothorax. Zweimalige Punktion von je 1200 ccm Hydrothoraxtranssudat. Spez. Gewicht 1010. Einmal Aszitespunktion. Im Urin: Leuzino. Tyrosin 0. Nach wenigen Tagen Exitus. Eine einwandfreie sichere Erklärung der einseitigen Entstehung des Hydrothorax kann nicht gegeben werden. Ein ähnlicher Fall wie der vorgestellte, ebenfalls mit einseitigem Hydrothorax, wurde unter Kalomelbehandlung und Schmierkur geheilt.

3. Buschke: a) zeigt ein Präparat **Losstoßung des Zwischenkiefers** bei einem Kinde mit **kongenitaler Lues.** Dieser Prozeß ist wohl als ein der Epiphysenlösung analoger Prozeß aufzufassen.

b) Mann mit **Dupuytrenscher Fingerkontraktur, Induratio penis plastica** und **Psoriasis.** B. erinnert an die Mitteilungen Martenstens (Jadassohnsche Klinik) und wirft die Frage auf, ob die gleichzeitig bestehende Psoriasis mit den beiden anderen Symptomen in Verbindung steht.

Digitized by Google

c) 1921 schon einmal demonstriertes **Melanokarzinom** der r. Hand bei einem Manne, bei dem zur Amputation geraten war. Der Patient konnte sich nicht dazu entschließen. Nach Entfernung des Nävus trat jetzt nach einem Jahr ein **lokales Rezidiv** mit fungöser Schwellung der Hand, Metastasen im Laufe der Lymphbahnen und in der r. Axilla auf.

d) Über fünfmarkstückgroßer **extragenitaler Primäraffekt am r. Gesäß** bei einem Knaben.

e) **Lungenlues** bei einer Patientin mit **tertiärer Syphilis.** Demonstration des Röntgenbildes. Auf die große Schwierigkeit einer sicheren Diagnose wird hingewiesen. In diesem Falle trat unter Hg und Jodkali eine auffallende Besserung des Lungenbefundes — Abnahme der Sputummenge — und des Allgemeinbefindens ein (Gewichtszunahme von 4 kg, Heilung des Dekubitus).

4. Arndt: a) Demonstration **histologischer** Präparate von **Porokeratosis Mibelli.**

b) Frau mit ausgedehntem **Lichen ruber acuminatus.** Besteht seit 9 Jahren. Befallen ist der ganze Körper, außer Hand und Fußsohlen, auch behaarter Kopf, auf den Wangen charakteristische Lichen-ruber-Herde. Die klinisch oft nicht zu entscheidende Ähnlichkeit mit einer Pityriasis rubra pilaris ist auch hier sehr ausgesprochen. Das histologische Bild ist — wie auch in diesem Falle — immer ausschlaggebend.

c) Patientin mit **Granuloma anulare** (charakteristischer Sitz auf dem Handrücken). Nach Probexzision trat Rückbildung der ganzen Herde ein. A. sah in 2 Jahren fünf Fälle von Granuloma annulare. Die Untersuchung auf Tuberkulose — auch röntgenologische Lungenbefunde — ergab in allen Fällen ein negatives Ergebnis.

5. Ledermann: a) Frau mit ausgedehntem **Angioma vasculosum bilaterale** (Gesicht, Schulter, beide Mammae, Rumpf, Extremitäten).

Diskussion. Buschke weist darauf hin, daß gleichzeitig ein ausgedehnter Naevus anaemicus besteht.

b) 42jährige Frau mit abgeheiltem **Lupus vulgaris nasi** (jetzt Wachsprothese) und ausgedehnten, **Lupus erythematodes** ähnlichen Herden im Gesicht (Wangen, Ohren) und auf den Streckseiten der Finger. Einzelne Effloreszenzen haben Ähnlichkeit mit Lupusknötchen. Histologische Untersuchung war leider nicht möglich.

Diskussion. Buschke und Arndt betonen, daß das Bild klinisch als Lupus erythematodes zu diagnostizieren ist, entscheidend ist aber immer das histologische Bild. Braune, lupusartige Flecke kommen auch beim Lupus erythematodes vor.

c) Mann mit **stabilem Ödem der l. Gesichtshälfte** (vor 4 Jahren Kopfstreifschuß). Die Affektion ist als angioneurotisches Ödem (leichte Transpiration!) oder als zentrale Lymphstauung aufzufassen.

Diskussion. Buschke: Eine gewisse Ähnlichkeit besteht mit dem Sklerödem der Erwachsenen; in den von ihm beobachteten Fällen war aber der ganze Körper befallen.

Pulvermacher weist auf das Vorkommen ähnlicher Erscheinungen bei Erkrankungen der Schilddrüse hin.

Pinkus sah solches stabiles Ödem nicht selten; seiner Erfahrung nach ist Thyroidin ohne Erfolg.

6. Heller: a) Berichtet über die Seltenheit der **Nageltrichophytien** (eingehende statistische Angaben) bei den so häufigen Trichophytieinfektionen. H. beobachtete selbst bis jetzt nur 5—6 Fälle. Demonstration von seit 7 Wochen in **feuchter Kammer** gehaltenem Pilzpräparat einer Nageltrichophytie. Kultur (Alexander) ergab Trichophyton violaceum.

b) Demonstration histologischer Präparate, nach denen **nach Radium** und **Röntgenbestrahlung** von Geschwülsten **Epitheliome** und **keloidähnliche** Gebilde aufgetreten sind.

c) Demonstration einer Abbildung des **mexikanischen Syphilisgottes Nanauatzin.**

7. Halberstädter: a) **Herpes zoster faciei.** Befallen ist Zervikalis III.

b) 35jährige Frau mit **sarkoidähnlicher Veränderung des Gesichts.** 1919 ließ sie sich wegen eingefallener Wangen von einem Kurpfuscher **drei Paraffininjektionen** machen (Mischung von 60% Hart- und 40% Weichparaffin). $1^1/_2$ Jahr war alles in Ordnung. Innerhalb weniger Stunden trat unter Fieber eine diffuse Schwellung des ganzen Gesichts auf (Erysipel?). Zwei Inzisionen mußten gemacht werden. Ein Teil des Paraffins entleerte sich. Jetzt besteht eine diffuse, bläulichrote derbe Schwellung des ganzen Gesichts, besonders der unteren Lider, tiefe, dem Knochen festaufsitzende Inzisionsnarben auf beiden Wangen, rüsselförmige Schwellung der Oberlippe. Röntgen-, Höhensonnen- und Massagebehandlung im Finseninstitut lange ohne Erfolg. Jetzt unter ört-

Digitized by Google

licher **Radiumbehandlung** wesentliche **Besserung.** Probeexzision (unterhalb des Kinnes und am Augenwinkel) ergab für subkutane Sarkoide charakteristisches Granulationsgewebe. Daneben Hohlräume, deren Inhalt Sudanfärbung, bei Osmiumfärbung keine Fettfärbung, also die charakteristische Paraffinreaktion zeigten.

Diskussion. ECKSTEIN hat über 20 Jahre mit Paraffininjektionen gearbeitet. Diese Unglücksfälle erlebt man nur bei Verwendung von Weichparaffin, vor dem er von Anfang an gewarnt hatte, nie nach Hartparaffininjektionen.

ARNDT sah kürzlich erst multiple, sarkoidähnliche Gebilde an den Extremitäten bei einer Frau, bei der die Herde an den Stellen der Kampferölinjektionen aufgetreten waren.

PINKUS zeigt die Moulage eines klinisch ähnlichen Falles — Paraffin spielte dabei keine Rolle —, in dem die histologische Untersuchung ebenfalls sarkoide Bildungen — nach ARNDT Lupus pernio — ergeben hatte. Er erinnert auch an das Auftreten sarkoidähnlicher Granulationsgeschwülste nach Morphium- oder Hg-Injektionen.

8. BRUHNS und DITTRICH: Wert der **Dermatoskopie** für die **Hautdiagnostik.** Demonstration zahlreicher ausgezeichneter dermatoskopischer Befunde. Roseolen, luetische Papeln, Psoriasis, akute Dermatitis können charakteristische Bilder geben, aber in vielen Fällen findet man nichts irgendwie Typisches. Im Gegensatz zu SAPHIER sieht auch BRUHNS in der Dermatoskopie keine praktische Bereicherung der dermatologischen Diagnostik.

Fachzeitschriften.

Proceedings of the Royal Society of Medicine. Dermatological Section.

Sitzung vom 20. Oktober 1921.

ARTHUR WHITFIELD: **Fall zur Diagnose.** Früher anderweitig als Mycosis fungoides aufgefaßter Fall. Heilung unter Behandlung mit Argent. nitr. 2%. Wird jetzt als infektiöse ekzematoide Dermatitis betrachtet.

H. C. SEMON: **Einige nach DANYSZS Methode behandelte Fälle von Psoriasis** (Some Cases of Psoriasis treated by DANYSZS Method). Erfolg, allerdings eklatant, nur in einem von 7 Fällen.

GEORGE PERNET: **Bandartige Sklerodermie des Beines bei einer jungen Frau mit erfolgreicher Behandlung** (Band Sclerodermia in a Young Woman, Showing Resultat of Treatment). Besserung durch Massage und Ionisation (Zink und Chlornatrium).

GEORGE PERNET: **Epitheliom auf einem Lupus vulgaris bei einem Manne** (Epithelioma on Lupus Vulgaris in a Man). Der seit dem 5. Lebensjahre bestehende Lupus war im 25. Jahre exstirpiert und transplantiert worden; im Alter von 45 Jahren entwickelte sich das Epitheliom.

A. M. H. GRAY: **Fall zur Diagnose.** Rezidivierendes Auftreten von Stomatitis, beginnend mit aphthenähnlichen Geschwüren. Es finden sich nur gewöhnliche Mundsaprophyten. WR negativ. Guter Einfluß von Salvarsan.

W. J. O'DONOVAN: **Plasmazellentumor der Lippe** (Plasma-cell Tumour of Lip, with Photograph and Sections). Operation unter der Annahme eines Ulcus rodens; es fand sich jedoch nur eine solide Masse von Plasmazellen. In der Diskussion wird die Vermutung ausgesprochen, daß es sich doch um ein Endotheliom handele.

Sitzung vom 17. November 1921.

J. E. R. MCDONAGH: **Die Erklärung der WASSERMANN-Reaktion** (The Rationale of the WASSERMANN Reaction). Da die Komplementfixationsprobe kurz gesagt eine Darstellung in vitro eines im lebenden Körper vor sich gehenden Kampfes zwischen Kondensation und Dispersion ist, scheint der Schluß berechtigt, daß die Probe wertlos ist zur Beurteilung der Heilung der Syphilis und als Maßstab für die Behandlung.

J. H. SEQUEIRA: **Fall zur Diagnose.** Erscheinungen von Granulomen an den Augenlidern, Lippen und anderwärts. Untersuchung auf spezifische, bes. tropische Organismen fiel negativ aus.

J. H. STOWERS: **Fall zur Diagnose.** Die Differentialdiagnose schwankt zwischen Trauma, Sklerodermie, Lichen planus atrophicus, Lupus erythematosus, Tuberkulid; für das Wahrscheinlichste wird jedoch eine artefizielle Dermatitis gehalten.

Digitized by Google

H. MacCormac: **Fall zur Diagnose.** Möglicherweise handelt es sich um einen Zwischenzustand zwischen Lupus erythematosus und Bazinscher Krankheit. In der Diskussion wird der Fall für artefiziell gehalten.

H. MacCormac: **Epitheliom der Wange** (Epithelioma of Cheek). Befund eines Schuppenzellenkarzinoms an dieser Stelle ist ungewöhnlich, dasselbe ist an der Haut meist nicht primär.

Haldin Davis: **Fall von Hauttuberkulose im Anschluß an einen Katzenbiß** (Case of Tuberculosis of the Skin Following a Cat Bite). Auf dem Handrücken vor 9 Monaten aufgetreten. Bei Katzen ist Tuberkulose nicht sehr verbreitet, der Biß ist jedoch gefährlich, weil bei ihnen der Intestinaltraktus mehr befallen ist, als die Lungen und die tuberkulösen Läsionen reich an Bazillen sind.

E. G. Graham Little: **Fall zur Diagnose.** Auftreten follikulärer Keratosen bei einem mit Arsen behandelten Patienten mit Dermatitis herpetiformis. Fraglich, ob es sich um eine Arsenwirkung oder eine akzidentelle Pityriasis rubra pilaris handelt.

J. H. Sequeira: **Fall von Sclerodermia guttata** (Case of Guttata Sclerodermia). Weiße, etwas atrophische Flecke im Nacken.

Sitzung vom 15. Dezember 1921.

H. G. Adamson: **Fall zur Diagnose.** Geschwüre an den Beinen, beginnend mit flachen Papeln mit zentraler Kruste, wahrscheinlich auf ungewöhnlicher Infektion beruhend.

E. G. Graham Little: **Fall von Dermatitis herpetiformis** (Case of Dermatitis Herpetiformis). Erfolgreiche Behandlung mit Vakzine, bereitet von aus den Fäzes isoliertem Morgan-Bazillus.

E. G. Graham Little: **Fall von Cheilitis.** Trockenheit, Atrophie bei im allgemeinen seborrhoischem Zustande des Gesichtes mit Rosazea.

Haldin Davis: **Ein hartnäckiger Fall von sekundärer Syphilis** (A Resistent Case of Secondary Syphilis). Beginn vor 7 Monaten, Kur von 6 Salvarsan- und 6 Quecksilberspritzen, danach Quecksilberpillen. Erscheinungen trotz dieser Behandlung.

A. M. H. Gray: **Fall von Lichen obtusus corneus** (Case of Lichen Obtusus Corneus). Es finden sich auch wahre Lichen-planus-Effloreszenzen. In der Diskussion wird der Fall für Lichen planus verrucosus erklärt.

A. M. H. Gray: **Fall von multiplen Nävi** (Case of Multiple Naevi). Zahlreich vom zweiten Lebenstage an aufgetreten, z. T. Angiomen gleichend.

Wilfrid Fox: **Fall von Morphoea guttata.**

G. W. Sequeira: **Nävo-Xantho-Endotheliom (?) mit Epidermolysis bullosa** (Naevo-xantho-Endothelioma (?) with Epidermolysis bullosa). Xanthomähnliche Läsionen an Nase, Händen, Füßen bei schon vorher bestehender Epidermolysis bullosa. Pringle glaubt, daß es sich nur um eingetrocknete Blasen von Epidermolysis bullosa mit Epidermiszysten handelt.

G. W. Sequeira: **Ulcus rodens von oberflächlich vernarbendem Typus** (Rodent Ulcer: Superficial Cicatrizing Type).

H. Mac Cormac: **Fall von Ekzem, verbunden mit Asthma** (Case of Eczema associated with Asthma). Entwicklung der Hautaffektion mehrmals zu Zeiten, wo Patient mit Pferden in Berührung kam.

Sitzung vom 6. Februar 1922.

Louis Savatard: **Fall zur Diagnose.**

Frederick Chamberlain: **Erfolge einer besonderen Behandlung in Fällen von Arsen-Ikterus und Arsen-Dermatitis** (Cases of 1. Arsenical Jaundice, 2. Arsenical Dermatitis, Showing the Results of a Special Treatment). 1. Auftreten des Ikterus nach 6 intravenösen Salvarsaneinspritzungen mit geringer Lebervergrößerung; Behandlung mit intravenösen Einspritzungen von Contramine bewirkte schnelles Schwinden. 2. Ausgedehnte exfoliative Dermatitis nach Salvarsaneinspritzungen, die trotz eines Erythems fortgesetzt worden waren; guter Erfolg von intravenösen Contramine-Einspritzungen. Die Formel von Contramine ist:

$$CS < \begin{matrix} S \cdot NH_2\,(C_2H_5)_2 \\ N\,(C_2H_5)_2 \end{matrix}$$

George Pernet: **Fall von artefizieller multiformer Dermatitis** (Case of Multiform Dermatitis Factitia).

Digitized by Google

George Pernet: **Fall von einseitiger Sklerodermie des Gesichtes** (Case of Unilateral Morphoea-sclerodermia Faciei), Sitz am rechten unteren Augenlid. Besserung unter Zink-Ionisation.

J. H. Stowers: **Erfolg der Behandlung in einem früher (Sitzung vom November 1921) zur Diagnose vorgestellten Falle (artefizielle Dermatitis?)** (Case for Diagnosis, previously exhibited (Dermatitis Artefacta?) showing Result of Treatment). Die Diagnose schwankte zwischen Trauma, Lupus erythematosus, symmetrischer Sklerodermie, atrophischem Lichen planus, Tuberkulid. Wesentliche Besserung am Bein nach festem Verband. Trotzdem erklären sich die Anwesenden mehr für Sklerodermie.

Haldin Davis: **Psoriasis bei einem Kinde** (Psoriasis in an Infant). Die Diagnose wird bezweifelt.

H. W. Barber und Maurice Shaw: **Recklinghausensche Krankheit und Geschwulst der Zirbeldrüse** (Recklinghausen's Disease with Pituitary Tumour).

H. C. Semon: **Trichophytie der Handnägel** (Ringworm of the Nails of the Hands). Zur Heilung kommt Entfernung aller Nägel und Behandlung des Nagelbettes (Pyrogallol) in Betracht.

E. G. Graham Little: **Lichenoider linearer Nävus** (Lichenoid Linear Naevus).

E. G. Graham Little: **Fall von gruppierten Comedonen** (Case of Grouped Comedones). Ausgedehnte Eruption vom Nacken rückwärts bis zur Taille, vorwärts bis zum Nabel. Aufgetreten nach Einreiben von Kampferöl. E. Levin-Berlin.

Réunion Dermatologique de Strassbourg.

Sitzung vom 8. Januar 1922.

R. Sabouraud: **Das Haar bei Alopecia areata** (Sur le cheveu peladique). Am Rande der Alopezieherde findet sich ein mehr oder weniger regelmäßiger Kranz kurzer, sehr charakteristischer gleichartiger Haare. Sie verschwinden, wenn der Fleck sich nicht mehr vergrößert. Die Kürze beruht auf einem Abbrechen infolge eines der Trichorrhexis nodosa ähnlichen Prozesses in einer Entfernung von ungefähr $^1/_2$ cm von der Basis. Das keulenförmige Ende des Haares erscheint sehr schwarz infolge Extravasation von Pigment, was mit den beim Auftreten von Alopecia areata einsetzenden Pigmentstörungen in Beziehung steht. Die Läsionen der Haare und der Haut zeigen, daß es sich bei der Alopecia areata um einen Hemmungsprozeß handelt. Ganz analoge Erscheinungen sind beim Tode der Papille nach Röntgenbestrahlungen festzustellen.

L. M. Pautrier und Scheffer: **Leukoplakieähnliche, vielleicht durch eine Alge hervorgerufene Erscheinungen am Zahnfleisch** (Lésions gingivales leucoplasiques dues peut-être à une algue). Der Fall war zunächst für eine Mykose gehalten worden und man glaubte sehr große Sporen zu sehen; doch blieben die Nährböden steril und es ergab sich, daß es sich um Fragmente einer Alge (wahrscheinlich von der Familie der Cyanophyceen) handelte, von der es jedoch fraglich ist, ob sie als Ursache der Erkrankung anzusprechen ist.

Hügel: **Fall von partieller Sklerodermie** (Un cas de sclérodermie partielle). Bedeutende Besserung nach intramuskulären Fibrolysineinspritzungen.

J. Roederer: **Fall von Recklinghausenscher Krankheit mit Pigmentveränderungen bei der Tochter der Kranken** (Un cas de maladie de Recklinghausen avec lésions pigmentaires chez la fille de la malade). An die auch sonst schon vermutete Beziehung der Recklinghausenschen Krankheit mit Nebennierenstörungen kann man in dem vorgestellten Falle denken mit Rücksicht auf die außerdem vorhandene Hyperpigmentierung am Nacken und abnorme Blutdruckverminderung. Die Hypothese gewinnt noch an Wahrscheinlichkeit durch die bei der Tochter gefundenen diffusen Hyperpigmentierungen und umschriebenen Pigmentflecken bei gleichfalls bestehender Blutdruckverminderung.

L. M. Pautrier: **Atrophodermie vermiculée der Wangen ohne follikuläre Keratose, verbunden mit Erythem** (Atrophodermie vermiculée des joues sans kératose folliculaire apparente et s'accompagnant d'érythème). Der sonst ganz einem von Darier in der Sitzung der Gesellschaft für Dermatologie vom Dezember 1920 vorgestellten gleichende Fall unterscheidet sich von ihm durch das Fehlen der in den erweiterten Follikelmündungen steckenden, Komedonen ähnlichen Hornmassen sowie ein

Digitized by Google

peripheres Erythem. Er dürfte trotzdem zu der gleichen Gruppe gehören oder ihr wenigstens sehr nahestehen.

L. M. Pautrier: **Ein neuer Fall von chronischer, umschriebener, knötchenförmiger Lichenifikation** (Nouveau cas de lichenification circonscrite nodulaire chronique). Typischer Fall der sonst als Lichen obtusus beschriebenen Affektion und Beweis dafür, daß diese mit Lichen nichts zu tun hat, vielmehr die obige Bezeichnung verdient.

E. Levin-Berlin.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 12. Januar 1922.

Chevallier und Blamoutier: **Subkutane Knoten gleichzeitig mit Tuberkuliden am Fuß, mit Tuberkulininjektionen behandelt und geheilt** (Nodosités souscutanées coexistant avec des tuberculides du pied traitées et guéries par des injections de tuberculine). Die kleinen, nicht ulzerierten, skrofulösen Gummen ähnlichen Knoten wurden ebenso wie die papulo-nekrotischen Tuberkulide durch drei intradermale und subkutane Tuberkulininjektionen von je $^1/_{100}$ mg in wenigen Wochen zum Schwinden gebracht. Abadie empfiehlt demgegenüber die Jodtinktur, die bei tuberkulösen Hautaffektionen stets neben den anderen Maßnahmen angewendet werden sollte.

Milian und Perrin: **Wismut-Stomatitis** (Stomatite bismuthique). Bei sämtlichen mit öligen Suspensionen von weinstein-wismutsaurem Kalium und Natrium behandelten Personen traten Läsionen im Munde auf, und zwar Wismutsaum am Zahnfleisch in 100%, im übrigen in geringerer Zahl Gingivitis, Pigmentflecken, zirkumskripte Ulzerationen, diffuse Stomatitis. Die Kapillaren der tiefen Schicht des Koriums enthalten Pigment, welches Wismut ist. Bei einem Kranken trat schwarzgefärbter Urin auf, er bildete einen Niederschlag, der aus Wismut bestand, das das Nierenfilter passiert hatte; es findet sich in geringen Mengen auch in normal erscheinendem Urin. Irgend welche Zeichen von Schädigung des Parenchyms waren nicht nachweisbar.

Hudelo, Bordet und Boulanger-Pilet: **Wismut-Stomatitis** (Stomatite bismuthique). Bei allen mit intramuskulären Einspritzungen von weinstein-wismutsaurem Kalium und Natrium behandelten Kranken trat schon nach der ersten Einspritzung geringe Stomatitis auf, bei mehreren nach weiteren Einspritzungen stärkere Erscheinungen, auch bei Kranken, deren Zähne völlig in Ordnung waren. Die bisher gebräuchlichen Dosen müssen verringert, bes. die Zwischenpausen zwischen den Einspritzungen vergrößert werden. Im übrigen erfolgte auffallend schnelle Heilung.

E. Jeanselme, P. Chevallier, M. Pomaret, P. Blamoutier und P. Joannon: **Über die Anwendung von löslichem weinsteinsaurem Wismut bei Behandlung der Syphilis** (Sur l'emploi du tartro-bismuthate soluble dans le traitement de la syphilis). Die Einspritzungen des Präparates, dessen Zusammensetzung und Zubereitung näher dargelegt werden, erfolgen intramuskulär, es ist große Vorsicht nötig, damit Blutgefäße vermieden werden. Die Spirochäten schwanden aus Primäraffekten innerhalb von 10—60 Stunden nach der ersten Einspritzung, traten in einem Falle allerdings nach einigen Tagen trotz fortgesetzter Behandlung wieder auf; die Überhäutung war eine rapide, ebenso im allgemeinen der Rückgang sekundärer Erscheinungen. Die Einwirkung auf Schleimhauterscheinungen war eine sehr verschiedene. Bei Beginn der Behandlung positive WR, blieb während einmonatiger Beobachtung unverändert. Stomatitis verschiedenen Grades war häufig. Im allgemeinen wurde die Behandlung gut vertragen. Milian hält die löslichen Salze wegen der großen Toxizität beim Eindringen in die Blutbahn für äußerst gefährlich. Die gute Wirksamkeit der Wismutsalze wird von verschiedenen Seiten bestätigt.

Leredde, Rubinstein und Drouet: **Welches ist der normale Gehalt der Zerebrospinalflüssigkeit an Lymphozyten** (Quel est le taux normal de la lymphocytose céphalo-rachidienne). Eine Zahl von mehr als 1 im ccm ist pathologisch, Zahlen zwischen 0,5 und 1 sind suspekt, sie lassen Meningitis vermuten.

G. Thibierge: **Die Übertragung der Hundekrätze auf den Menschen** (La transmission à l'homme de la gale sarcoptique du chien). Die Fälle sind anscheinend nicht so selten, wie er bisher angenommen hatte, werden nur häufig verkannt und vielleicht als parasitärer Pruritus unbekannten Ursprunges diagnostiziert.

Digitized by Google

Goubeau: **Schanker und Krebs der Lippe** (Chancre et cancer de la lèvre). Einige Tage nach der unter spezifischer Behandlung erfolgten Überhäutung eines Primäraffektes an der Unterlippe entwickelte sich an derselben Stelle ein Kankroid. Der mikroskopische Befund dieses wird in der Besprechung des Falles bezweifelt.

Burnier und Marcel Bloch: **Fall von Angio-Lupoid** (Un cas d'angio-lupoide). Übereinstimmung mit dem von Brocq und Pautrier aufgestellten Typus.

L. Chatellier: **Notiz über die Reaktivierung des Komplementes** (Note sur la réactivation du complement). Durch Erhitzen inaktiviertes oder durch längeres Stehen abgeschwächtes Meerschweinchenkomplement erhält durch Zusatz minimaler Mengen frischen Serums seine volle Kraft wieder.

E. Lepinay und R. Massy (Casablanca): **Über die dermatologische Verwendbarkeit des Teers und der Essenz von Cedrus atlantica** (Essai d'application en dermatologie du goudron et de l'essence de cèdre de l'Atlas marocain). Die Präparate sind den in Frankreich käuflichen von Juniperus virginiana und Juniperus oxycedrus hergestellten gleichwertig. Der Teer besitzt alle guten Eigenschaften von Ol. cadinum ohne dessen unangenehme Nebenerscheinungen. E. Levin-Berlin.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1922, Bd. 139, H. 1.

Casus pro diagnosi: Keratosis follicularis sclerotisans?, von W. W. Iwanow und A. Tischnenko, 1. Univ.-Hautkl. Moskau. S. 1—9. Beobachtung des folgenden Krankheitsbildes: Ein ovulärer Herd von 12 × 8 cm Größe auf der linken Seite des Stammes in der Gegend der falschen Rippen. Es sind vorhanden dunkel pigmentierte Stellen, die im Niveau der Haut gelegen sind, bräunlich-rote, etwas hervorragende und farblose Stellen, die tiefer liegen. In den braun-rötlichen Partien befinden sich einige Follikulitiden. Der ganze Herd ist übersät mit schwarzen, an Comedonen erinnernde Gebilde, welche sich leicht ausdrücken lassen; sie sind in grübchenförmigen Vertiefungen der Haut gelegen. In der zentralen Partie des Herdes, die blasse Hautfarbe zeigt, sind einige eingesunkene Närbchen bis zur Größe eines Hanfkorns vorhanden. Lanugohaare fehlen, die Schweißsekretion ist aufgehoben. Eine Felderung der Haut fehlt fast vollständig. Der Herd ist auf den tieferliegenden Teilen verschieblich, die Haut ist leicht faltbar, sie fühlt sich deutlich derb an. Innerhalb 4 Monaten zeigte der Krankheitaprozeß keine Besserung, er schritt langsam peripherwärts fort unter Bildung der an Comedonen erinnernden Hornneubildungen in den Follikularmündungen. Die vereinzelten Follikulitiden entstanden mehr zufällig unter dem Einflusse von schlechten Salben. Histologisch findet sich eine starke Verhornung der Follikelwände, Fehlen von normalen Haarfollikeln und fast vollständiges Abhandensein von Talg- und Schweißdrüsen. Das Bindegewebe der Kutis ist im Sinne einer deutlichen Sklerosierung verändert, stellenweise homogenisiert. Es umschließt in parallelen Bündeln die Reste der Haarfollikel und lokalisiert sich an Stellen der zugrunde gegangenen Follikel. In der Umgebung von besser erhaltenen Follikeln befinden sich unbedeutende, aus Rundzellen bestehende perivaskuläre Infiltrate. Elastische Fasern sind überall vorhanden, sie sind aber deutlich rarefiziert. Die Adventitia vieler Gefäße ist auch stellenweise homogenisiert. Nach Besprechung von differentialdiagnostisch in Frage kommenden Krankheiten kommen die Autoren zu dem Schluß, daß es sich wahrscheinlich um eine noch nicht beschriebene Krankheit handelt.

Neue Wege der spezifischen Therapie der Haut- und Schleimhauttuberkulose, von P. Wichmann, Lupusheilstätte Hamburg. S. 10—29. Die Erfahrungen, die der Verf. mit der therapeutischen Verwertung der Ponndorf-Impfung, der Friedmannschen Behandlung nach von ihm selbst in der Lupusheilstätte ausgeführten Methode, sowie mit der von Deycke-Much eingeführten Behandlung gemacht hat, haben den Verf. nicht befriedigt. Er hat daher Versuche mit intrakutanen und subkutanen Einspritzungen von Drüsenextrakten aus den eigenen Drüsen des Pat. angestellt. („Autoextraktbehandlung"). Als Ausgang seiner Versuche galt für den Verf. die Erwägung, daß sich in den Lymphdrüsen der Kampf der Tuberkulose mit den Antikörpern des Organismus abspielt und hierselbst eine Anspeicherung von Antikörpern stattfindet. Da aber dieselben oft in den Drüsen abgekapselt resp. vernichtet werden, hielt der Verf. es für wichtig, dieselben nach Exstirpierung der Drüsen, dem Körper einzuver-

Digitized by Google

leiben. Als zur Extraktbereitung geeignet erwiesen sich nur Drüsen, die sich im Stadium der saftigen Schwellung befanden. Der Verf. ist mit dem Resultat dieser Versuche an 24 Kranken sehr befriedigt; er sah bei 9 Pat. einen deutlich unterstützenden Erfolg der Lokaltherapie, bei 4 Fällen sah er Heilung auch ohne Lokaltherapie, während bei 8 Fällen die Methode versagte. Um eine Heilwirkung durch aktive Immunisierung mit abgeschwächten Tuberkelbazillen zu erzielen, hat der Verf. Stücke aus progredienten Hauttuberkuloseherden exstirpiert und sie kutan an Haut- und Schleimhauttuberkulösen verimpft. Das exstierpirte Material wurde auch fremden Lupuspatienten verimpft. Das Resultat, gewonnen an 22 Fällen, war ein sehr befriedigendes.

Universelles benignes Miliarlupoid Boeck mit Beteiligung innerer Organe, von M. Rischin, Hautkl. Bern. S. 30—44. Beschreibung eines typischen Falles von kleinknotiger und diffus infiltrierender Art mit Beteiligung der Lungen, Leber, Milz, Nieren und Lymphdrüsen. Ätiologisch ließ sich die Krankheit nicht ergründen. Die Veränderungen an den Lungen waren auf Tuberkulose verdächtig, jedoch fehlten mehrere wichtige Symptome, wie Tuberkelbazillen, Tuberkulinreaktion, daher ließ sich mit großer Wahrscheinlichkeit annehmen, daß die Veränderung an den inneren Organen auf Einlagerungen entsprechender pathologischer Herde wie in der Haut zurückzuführen waren. Der Verf. schließt sich der Auffassung Kuznitzkys an, daß die Krankheit eine Allgemeinerkrankung nicht tuberkulöser Art sei und wahrscheinlich durch einen bisher unbekannten Erreger hervorgerufen werde.

Studien über Vererbung von Hautkrankheiten. I. Epidermolysis bullosa hereditaria (Bullosis mechanica simplex), von Hermann Werner Siemens, Hautkl. Breslau. S. 45—56. Verf. hat die Veröffentlichungen von Gossage und Hammer nachgeprüft und Ungenauigkeiten in ihrer statistischen Bearbeitung nachgewiesen. Daher waren die Resultate des Verf. von denen der genannten Autoren z. T. abweichende. Er fand im Verhältnis der Kranken zu den Gesunden der genügend durchforschten Familien ein geringes Überwiegen von kranken Mitgliedern. Ein Überwiegen des männlichen Geschlechts war nicht nachzuweisen, desgl. ob eine partielle Geschlechtsbegrenzung auf das männliche Geschlecht bestehe. Die Frage, ob eine Rassendisposition für die Erkrankung vorliege, könne nicht beantwortet werden.

Knochenveränderungen bei Erfrierung. (Ein Beitrag zur Pathologie der Erfrierung), von Erwin Pulay-Wien. S. 57—61. Durch Röntgenbefunde wird nachgewiesen, daß bei Erfrierungen der Zehen nicht selten schwere Knochenzerstörungen entstehen. Am häufigsten zeigten sich Entkalkungen der dritten Phalange, am seltensten waren die Diaphysen miterkrankt. Auch in Fällen von zur Zeit intakten Weichteilen konnten mehrfach Knochenveränderungen nachgewiesen werden. Die histologischen Untersuchungen bewiesen, daß die nekrotischen Vorgänge nicht nur auf Kälteeinwirkung, sondern in besonderem Maße auf eine Thrombosierung der Arterien zurückzuführen waren.

Über Keratosis follicularis, von Hermann Werner Siemens, Hautkl. Breslau. S. 62—72. Aus der Gruppe der z. T. noch wenig geklärten Follikularkeratosen schält der Verf. eine Form der akneiformen bzw. komedonenähnlichen Keratosis follicularis heraus. Dieselbe ist wahrscheinlich kongenitalen Ursprungs und besteht das ganze Leben hindurch. „Die Primäreffloreszenz ist ein komedoähnlicher, in den höchsten Stadien kuppelförmiger harter Hornpfropf, der auf einer mattroten oder schmutzigbräunlichen runden Papel sitzt." Die Effloreszenzen haben keine Neigung zur Gruppenbildung, sind meist an den Ellenbogen und Knien lokalisiert. Es bestehen gleichzeitig umschriebene Keratosen der Palmae und Plantae sowie Nagelveränderungen, die der Skleronychie Unnas entsprechen. Histologisch lassen sich Erweiterung des Follikeltrichters nachweisen. In der Umgebung derselben bestehen Hyperkeratose und Akanthose. Die obersten Zellen der Stachelschicht und die Keratohyalinzellen sind z. T. vakuolisiert. In der Kutis bestehen mäßige Zellinfiltrationen.

Über Kalkablagerungen der Haut, von Raphael Ed. Liesegang, Inst. f. physik. Grundlagen d. Med., Univ. Frankfurt a. M. S. 73—74. Der Verf. lehnt vom Standpunkt des Chemikers die Auffassung Dorsseekers (Arch. f. Derm., Bd. 129, S. 260) ab, daß metastatische Kalkablagerungen durch Überschwemmung der Gewebssäfte mit Kalksalzen entstehen. Der Verf. bemerkt, daß im Organismus Kalksalze fast immer reichlich vorhanden sind und daß eine Kalkablagerung von der Kohlensäure, welche die Salze in Lösung hält, abhängig ist. Nur unter pathologischen Verhältnissen, wenn die Zelle zu wenig Kohlensäure produziert, kann eine Kalkablagerung in der Zelle erfolgen. Unter physiologischen Verhältnissen findet nur in der Interzellularsubstanz, die arm an Kohlensäure ist, eine Kalkablagerung statt.

Digitized by Google

Schwer diagnostizierbare Hauttrichophytie, von Gravagna-Catania. S. 75—79. Bericht über einen der Folliculitis agminata ähnlichen Fall von Trichophytie am Halse und Hand. Erst die mikroskopische und kulturelle Untersuchung durch Pilznachweis ergab die Möglichkeit, eine Diagnose zu stellen.

Über die Differentialdiagnose der mechanisch bedingten Blasenausschläge, mit Beiträgen zur Kasuistik der sog. Epidermolysis bullosa (Bullosis mechanica symptomatica und Bullosis spontanea congenita) und der hereditären Dermatitis herpetiformis, von Hermann Werner Siemens, Hautkl. Breslau. S. 80—112. Der alte Name „Epidermolysis" bullosa ist histopathologisch unhaltbar. Verf. gibt der ganzen Gruppe von autonomen Krankheitsbildern, die mit mechanisch bedingten Blasen einhergehen, die kongenitale Genese haben, die eine quoad vitam günstige Prognose haben, den Namen „Bullosis mechanica". Unterabteilungen sind Bullosis mechanica simplex, B. m. dystrophica, B. m. tarda und B. m. neurotica und toxica. Von dieser Gruppe ist zu unterscheiden die Gruppe von mechanisch bedingten Blasenausschlägen, welche mit anderen Dermatosen kombiniert sind. Diese Gruppe nennt S. Bullosis mechanica symptomatica. Sie kommt vor bei anderen bullösen Exanthemen (Erythema multiforme, Variola, Dermatitis herpetiformis, Pemphigus), bei Hautatrophien, für welches Krankheitsbild Verf. einen eigenen interessanten Fall beibringt, und bei Keratosen aller Art (Ichtyose à poussées boulleuses Besnier). Verf. verwirft die Lehre Lenglets, daß bei Erkrankungen dieser Art es sich um eine Dyskeratose handelt, welche einmal mit Blasenschüben, das andere Mal mit übermäßiger Verhornung einherging, indem er statistisch nachweist, daß von den 500 Fällen von Epidermolysis nur ein verschwindender Teil Verhornungsanomalien zeigt, diese also nicht zum Wesen der Blasenerkrankung gehören. — Der Klasse der Bullosis mechanica steht die der Bullosis spontanea gegenüber. Unterabteilungen sind: a) die Dermatitis herpetiformis Duhring = Bullosis spontanea multiformis, b) der Pemphigus und c) die Bullosis spontanea congenita, ein Krankheitsbild, welches Verf. aufstellt auf Grund zweier Fälle in der Literatur und eines eigenen: 1. kongenitale Erkrankung, 2. gleichmäßiges Befallensein von Streck- und Beugeseiten, 3. Schüben von spontan entstehenden Bläschen mit vollständigen Remissionen, 4. gute Prognose quoad vitam.

Über die Wirkung des Salvarsans auf Warzen. (Heilung durch intradermale Salvarsaninjection), von Hermann Werner Siemens, Hautkl. Breslau. S. 113—116. Von 11 bis zu Ende der Behandlung beobachteten Fällen von Verrucae vulgares reagierten 9 Fälle mit Heilung. Eingespritzt wurde intraverrukal eine verdünnte Neosalvarsanlösung. Die Heilung trat meist nach 6 Wochen ein. Injektionen mit 1% Acid.-arsenicosum-Lösung ergaben auch Heilungen. Der Verf. läßt die Frage offen, ob es sich bei den Einspritzungen um eine spezifische oder entzündungserregende Wirkung handelt.

Stammbaum einer Ichthyosisfamilie nebst Bemerkungen über die Vererbungsart der Ichthyosis, von Leven-Elberfeld. S. 117—120. Der Verf. teilt einen Stammbaum von einer Ichthyosisfamilie in 4 Generationen mit. Die Zahl der kranken und gesunden Familienglieder ist gleichmäßig verteilt; desgl. sind männliche und weibliche Kranke in derselben Anzahl vorhanden. Blutsverwandtschaft lag nicht vor. Der Verf. hält die Ichthyosis vulgaris für ein dominantes Leiden und unterscheidet sie von der ihrem Wesen nach verschiedenen Ichthyosis foetalis.

Beitrag zur Spontanheilung der plastischen Induration der Corpora cavernosa penis, von Otto Sachs. S. 121—124. An einem Material von 7 eigenen Patienten hat der Verf. eine spontane Rückbildung der plastischen Induration im Verlaufe von 1—11 Jahren beobachten können. Der Verf. schließt daran die Vermutung, daß im Blut fibrolytische Stoffe kreisen, die die Rückbildung der Induration ermöglichen. Daher regt der Verf. an, für eine zukünftige zweckmäßige Behandlung nach solchen Stoffen zu suchen, die entweder selbst fibrolytische Eigenschaften haben oder eine Bildung solcher im Körper anregen. Vorversuche mit einer Trypsinlösung haben dem Verf. ermutigende Erfolge gezeigt.

Über den Einfluß des Salvarsans auf die Blutgerinnung, von W. Trost, Dermat. Abt. Rudolf-Virchow-Krankenhaus, Berlin. S. 125—131. Der Verf. hat die von A. Tzanck veröffentlichten Untersuchungen über die Verminderung der Blutgerinnung durch organische Arsenverbindungen nachgeprüft und erweitert. Er fand, daß organische Arsenverbindungen, insbesondere Neosalvarsan, die Gerinnbarkeit des Blutes in vitro hemmen und daß intravenöse Injektionen von Salvarsanpräparaten gleichfalls die Gerinnung herabsetzen.

Digitized by Google

Beitrag zur Frage der Impetigo contagiosa und des Ekthyma, von Dora Fuchs, Hautkl. Breslau. S. 132—140. An einem Material von 258 Fällen hat die Verf. die Feststellungen von Lewandowsky größtenteils bestätigt gefunden. In 216 Fällen fand sie Streptokokken, sonst Staphylokokken. Klinisch ließen sich beide Infektionen voneinander leicht unterscheiden. Die zirzinären Formen waren besonders häufig bei den staphylogenen Impetigines. Familieninfektionen waren bei der letzten Form öfters anzutreffen. In 50 Ekthymafällen waren fast ausschließlich Streptokokken als Erreger nachzuweisen.

Untersuchungen über die Pathogenese und pathologische Anatomie der Urtikaria, von L. Török, E. Lehner und D. Kenedy, Hautpoliklinik Budapest. S. 141—153. Die Verf. bestreiten auf Grund ihrer Versuche die Auffassung Unnas, der die Entstehung der Urtikariaquaddel auf eine Inkoordination zwischen dem Kontraktionszustand der Arterien und Venen zurückführt und der die Quaddel als ein Transsudat betrachtet. Sie halten die Beteiligung der Venen am Prozeß als nicht für erwiesen; sie glauben, daß die Derbheit und schwere Wegdrückbarkeit der Quaddel durch ihre anatomische Lage in der Lederhaut bedingt ist; sie haben bei allen Quaddeln nach $^1/_2$—1stündigem Bestehen im histologischen Bilde Entzündungserscheinungen gefunden; von Atropin haben sie eine Besserung des Leidens nicht gesehen; sie haben dagegen durch intradermale Injektionen von Atropin typische Quaddeln erzeugen können; zur Entstehung einer typischen Quaddel halten sie ein Kratzen und Reiben für nicht erforderlich; durch Stauung haben sie ein Verschwinden der Quaddeln nicht beobachten können; durch refraktometrische Untersuchungen haben sie feststellen können, daß das Urtikariaödem ein eiweißreiches Exsudat ist. Sie betrachten das Urtikariaödem als Exsudat.

Über eine kleinpustulöse vegetierende Dermatose. Klinisch-anatomische Studie, von Friedrich Fischl. Klin. Ehrmann-Wien. S. 154—176. Bericht eines Falles, der Ähnlichkeit mit einem Pemphigus vegetans sowie mit einer Pyodermite végétante Hallopeau zeigte. Die primäre Lokalisation befand sich am Unterschenkel, sie bestand aus miliaren Pusteln, während Blasen nie beobachtet wurden, die Vegetationen entwickelten sich auf Gruppen von Bläschen; die für einen Pemphigus vegetans typischen Hautlokalisationen waren nicht befallen; die miliaren Schleimhauteffloreszenzen heilten rasch und spontan ab, ohne Beschwerden bereitet zu haben; die Krankheit bestand 8 Jahre und es erfolgte der Exitus, wie der Obduktionsbefund ergab, durch schwere Tuberkulose fast aller inneren Organe. Die bei Lebzeiten vorgenommene Probeexzision ergab eine abgehobene Hornschicht mit noch vorhandener Epidermis, in letzterer waren Lücken, aus Leukozyten bestehend, vorhanden.

E. Hornemann-Lüneburg.

Bücherbesprechungen.

Untersuchungen über den Syphiliserreger, von F. W. Oelze-Leipzig. (Verlag von Leopold Voss, Leipzig 1922, Preis brosch. M. 75.—.) Das Ergebnis jahrelanger Arbeit hat Verf. in dem vorliegenden Buche zusammengestellt, das von der Gründlichkeit der Forschung zeugt, wie wir sie bei dem Verf. auch in seinen sonstigen Publikationen finden. Der Stoff ist unter Fortlassung alles Unwesentlichen kurz zusammengefaßt. Für den Syphilisforscher dürfte das Buch mit seinen zahlreichen Ergebnissen der Spirochätenforschung unentbehrlich sein, zumal es ihm eine kurze, aber klare Übersicht über den heutigen Stand dieses Forschungsgebietes gibt, aber auch der klinisch tätige Arzt wird mancherlei Anregung aus den verschiedenen Kapiteln schöpfen können.

E. Langer-Berlin.

Die Wassermannsche Reaktion mit besonderer Berücksichtigung ihrer klinischen Verwertbarkeit, von Harald Boas-Kopenhagen. (Verlag S. Karger, Berlin 1922, 3. Auflage.) Nach einer längeren Einleitung, in der der Verf. eine Übersicht über die historische Entwicklung der WR gibt, werden die einzelnen erforderlichen Ingredienzen, ihre Gewinnung und die Versuchstechnik auf das genaueste beschrieben. Kurze Erwähnung finden dann sämtliche Modifikationen der WR sowie die Präzipitationsmethoden. In einem besonderen Kapitel bespricht Verf. sodann sämtliche Krankheiten, die unspezifische positive Reaktionen geben können. Im nächsten Kapitel folgt eine ausführliche Darstellung des Verhaltens der WR in den einzelnen Stadien der Lues. Zum Schluß

Digitized by Google

gibt der Verf. noch eine Übersicht über den Einfluß der antiluetischen Therapie auf die WR. Die Technik der WR stimmt, wie Wassermann im Vorwort angibt, mit der in seinem Institut in Berlin geübten vollständig überein. Auch mit den Erfahrungen, die der Verf. bei den im staatlichen dänischen, unter der Leitung Madsens stehenden Serum-Institut ausgeführten Untersuchungen luetischer Sera gemacht hat, und den Schlußfolgerungen, die er daraus zieht, erklärt sich Wassermann ganz einverstanden. Am Schluß eines jeden Kapitels sind die für den Praktiker wichtigen Richtlinien nochmals kurz zusammengefaßt. Leider fehlt dem vorliegenden Buche das den ersten beiden Auflagen beigefügte Literaturverzeichnis. Immerhin ist das Buch nicht nur für den Anfänger zur Einführung in das komplizierte Gebiet wertvoll, sondern verschafft auch dem Fachmann einen Überblick über die mit der WR bisher gemachten Erfahrungen. Bei allen Schlußfolgerungen werden nicht nur die eigenen, sondern auch die in der gesamten serologischen Literatur niedergelegten Beurteilungen des Wertes der WR berücksichtigt.

F. Harry-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Sexual-Pathologie und -Hygiene.

Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Frankfurt a. M., von Ascher-Frankfurt a. M. (Kl. W., 1922, Nr. 9, S. 428.) Verf. teilt die recht günstigen Resultate mit, die in Frankfurt mit einer nach Mannheimer Muster eingerichteten „Geschäftsstelle für öffentliche Gesundheitsfürsorge" erzielt worden sind, die nur zur Beratung und Weiterleitung von Geschlechtskranken an die behandelnden Ärzte dient. Über die Art der Einrichtung dieses anscheinend bewährten Systems ist Genaueres in dem sehr interessanten Originalartikel nachzulesen. Eine Umfrage bei Ärzten betreffs Geschlechtskrankheiten ergab folgende Resultate: 1. Die Friedensziffer an Erkrankungen scheint überschritten zu sein, ist aber gegenüber 1918/19 kleiner geworden. 2. Die Hauptinfektionsgefahr bietet nicht die eingeschriebene, sondern die heimliche Prostitution. Daher entschiedenes Eintreten auch der in Frage kommenden Ortskrankenkasse und Landesversicherung für Beibehaltung und Verschärfung der Reglementierung. 3. Bezüglich der oben bezeichneten Beratungsstelle wird am zweckmäßigsten empfohlen eine Verwaltungsstelle ohne Facharzt, deren Träger die Versicherungen und Kassen sein müssen. Unbedingte Mitarbeit der Medizinalbeamten wichtig. Von Bedeutung, besonders für kleinere Orte, ist die Möglichkeit der Freizügigkeit der Behandlung. Erforderlich und für den Erfolg ausschlaggebend die richtige Auswahl des Ortes für die Beratungsstelle und die Persönlichkeit des Beamten. Für die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten von Bedeutung sind die sogenannten Spritzstationen, die den Rettungswachen anzugliedern sind. E. Langer-Berlin.

Venerologische Erfahrungen der Neu-Seeland-Streitkräfte in Frankreich (Venereal Experiences in France of the New Zealand Force), von Ettie A. Rout. (Lanc., Nr. 5144, S. 654.) Verfasserin bespricht alle auch in Deutschland bekannten Prophylaxemaßnahmen und tritt vor allem für die persönliche Prophylaxe auch bei Frauen ein. Am besten bewährt hat sich von allen Präparaten Chinosolkalomelcreme. Sie fordert allgemeine Volksaufklärung und wirksame Überwachung der Prostitution mit Zwangsbehandlung. Die moralische und die medizinische Seite sind streng zu trennen.

G. Assmann-Kiel.

Geschlechtskrankheit und Schadenersatz. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1922, H. 7, S. 222.) Eine Vermieterin verklagt ihren Untermieter, daß er sie mit Blennorrhoe infiziert habe, nachdem er zwei Straßenmädchen tags zuvor in seiner Wohnung gehabt habe, durch die er selbst infiziert worden sei, und dann sie beim geschlechtlichen Umgang infiziert habe. Der Klägerin wird andererseits vom Beklagten der Verkehr mit mehreren Männern nachgewiesen. Land- und Kammergericht Berlin sowie das Reichsgericht weisen die Klage ab. Begründung: Haftung des Beklagten neben anderen Personen (§ 830, BGB.) käme nur in Frage, wenn eine Beziehung zwischen den mehreren Männern und ein Wissen derselben voneinander vorliegen würde, die als Infizienten in Frage kommen. Hier handelt es sich aber um eine Mehrzahl von selbständigen, zeitlich und räumlich getrennten Vorkommnissen, von Handlungen verschiedener Personen und von Akten, die nur dadurch miteinander in Beziehung stehen, daß es dieselbe Frauensperson ist, mit der der Geschlechtsverkehr stattfand (Entscheidung des Reichsgerichts, Aktenzeichen IV 144/19, 12. Juli 1919). F. Hirsch-Ulm.

Digitized by Google

Der neue Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von E. Galewski-Dresden. (D. m. W., 1922, Nr. 10., S. 326—328.) Verf. bespricht die die Ärzte interessierenden Paragraphen des neuen Gesetzentwurfs. Die wichtigsten Punkte sind das Behandlungsrecht, die Behandlungspflicht der Kranken, die Aufklärungspflicht der Ärzte, das Kurpfuschereiverbot, die Anzeigepflicht und die Änderung bzw. Abschaffung der Reglementierung. Besonders wichtig ist die Anzeigepflicht. Verf. tritt für die namenlose Meldung, die nur statistische Zwecke verfolgt, ein. Auch wünscht er die Abschaffung der Reglementierung, da die reglementierte Prostitution gegenüber der viel größeren heimlichen eine zu geringe Rolle spielt. Die polizeiliche Überwachung soll der ärztlichen weichen. Im großen und ganzen stellt das neue Gesetz eine wesentliche Verbesserung des bisherigen dar. F. Harry-Berlin.

Der Streit über die Prophylaxe der venerischen Krankheiten (The Controversy Regarding the Prevention of Venereal Diseases), von W. M. Robertson. (Edinburgh J., 1922, Bd. 28, Nr. 3.) Der Artikel beschäftigt sich größtenteils in polemischer Form mit der zwischen der „Society for Preventing Venereal Diseases" und dem „National Council for Combatting Venereal Diseases" bezüglich der Berechtigung der Empfehlung von Schutzmitteln bestehenden Differenz. Er berichtet über gute Erfolge mit der Selbstdesinfektion und Prophylaxe und tritt für die Einführung einer allgemeinen Meldung der Geschlechtskrankheiten ein. E. Levin-Berlin.

Verschiedenes.

Die vegetative und die sexuelle Entwicklung in ihrem gegenseitigen Verhältnis, von J. Rutgers-Lochem (Holland). (Zschr. f. Sexualw., 1922, Bd. 9, H. 1.) Die Zelleinteilung führt bei niedersten Lebewesen zur Bildung selbständiger einzelliger Organismen, bei größerem Nahrungsgehalt und üppigerem Wachstum zu vielzelligen Organismen. Werden die Lebensbedingungen schlechter, so tritt wieder ein Zerfall in Einzelzellen auf, der als sexuelle Krise aufzufassen ist. Das sexuelle Phänomen tritt erst da auf, wo das vegetative Wachstum zu sehr gehemmt wird. Während bei den niederen Tiergattungen Sporenbildung und Generationswechsel noch öfters vorherrschen, hat bei den höheren die eigentliche sexuelle Fortpflanzung das absolute Monopol errungen, dem vegetativen Wachstum wird das Gepräge der Eibildung aufgenötigt. Die embryonale Entwicklung in Eihüllen wie in einer eng anschließenden Kapsel tritt damit so sehr in den Vordergrund, daß die abgerundete Körperform lebenslang der normale vegetative Wachstumstypus bleibt. Im Gegensatz zur Pflanzenwelt entwickelt sich ein abgerundetes, in sich selbst abgeschlossenes Ganze mit zentraler Organisation und Verwaltung, das dann ein „Individuum" genannt wird. Analog dem Aufbau des Pflanzenkörpers als einer Serie von Abschnitten ist auch bei den höheren Tierklassen noch eine Zergliederung in Segmente angedeutet. Die Segmentzahl wird bei den Wirbeltieren wesentlich verringert. Der Typus aller höheren Gattungen bleibt die abgerundete in sich selbst abgeschlossene Eiform, diese Errungenschaft des Sexuallebens. E. Levin-Berlin.

Hypertrophie der Mammae in der Pubertät (On Puberal Mammary Hypertrophy), von David M. Greig-Edinburgh. (Edinburgh J., April 1922.) Es handelt sich um eine Krankheit sui generis mit unterscheidenden Symptomen und bestimmtem Verlaufe, die entschiedenes chirurgisches Vorgehen erfordert. E. Levin-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

87. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Leipzig. Die Referate über Behandlung der angeborenen Lues von Leo v. Zumbusch-München und Erich Müller-Berlin finden schon am 17. September vormittags in Abt. 22 (Kinderheilkunde) statt. In Abt. 26 (Derm. u. Syph., Einführender: Prof. Rille, Johannisplatz 1) wurde ferner angemeldet: E. Kromayer jr.-Berlin, Einige neuere Erfahrungen mit der Kromayerschen Quarzlampe. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

9. September 1922 | Nr. 36 | Band 75

Der 87. Versammlung
Deutscher Naturforscher und Ärzte
Hundertjahrfeier
Leipzig 1922
gewidmet.

Arbeiten aus der
Dermatologischen Klinik der Universität Leipzig
(Direktor: Ober-Med.-Rat Prof. RILLE).

Über eine bisher nicht beschriebene Hautkrankheit (Cricoderma).

Von

Prof. Dr. RILLE.

Mit einer farbigen Tafel.

Im folgenden sei an der Hand eines 1902 von mir beobachteten Falles über eine Hautaffektion berichtet, welche trotz einiger Ähnlichkeit mit bekannten Krankheitsbildern, wie der serpiginösen Syphilis, dem Erythema perstans u. a., als eine völlig eigenartige Morphe sich darstellt. Da ich vor wie nach dieser Beobachtung einen analogen Fall weder selbst gesehen noch in der Literatur vermerkt gefunden habe, stehe ich nicht an diese Hauterkrankung als eine neue, bislang nicht beschriebene zu bezeichnen. Leider bin ich nicht in der Lage, über Anatomie und Pathogenese dieser Hautkrankheit etwas auszusagen, weil bei der damaligen beruflichen Stellung des Kranken eine Probeexzision von vornherein ausgeschlossen war.

Am 18. November 1902 wurde mir von Hrn. Stabsarzt Dr. FISCHER, jetzt in Bautzen, der 18jähr. Kanonier Friedr. Otto B. aus Schönnewitz bei Magdeburg behufs Diagnosestellung zugesandt.

Anamnese: Die Eltern und fünf Geschwister leben und sind gesund, der Vater ist Invalid infolge Sturzes von einer Treppe; eine Schwester starb als kleines Kind an Krämpfen. Pat. war stets gesund, seit seinem 12. Jahre bemerkt er die jetzige Hautaffektion. Über die Ursache derselben weiß er nichts anzugeben. Subjektiv besteht bloß Spannungsgefühl, besonders bei Anstrengungen oder bei Druck, doch hat ihn das Leiden nie besonders belästigt und beeinflußt, namentlich auch nicht seine militärische Dienstfähigkeit. Seinem Berufe nach ist Pat. Arbeiter in einer Schokoladenfabrik.

Digitized by Google

Status praesens. Pat. 168 cm groß, kräftig, Muskulatur gut entwickelt, Körpergewicht 62,5 kg, innere Organe ohne pathologischen Befund, Temperatur 36,5° C.

Das Leiden wird aus zwei in den unteren Partien der linken Rumpfhälfte lokalisierten Krankheitsherden gebildet. Der erstere befindet sich in der Unterbauchgegend links vom Nabel und besteht aus einem etwa 13 cm langen, annähernd parallel mit dem Darmbeinkamme und mit der Leistenbeuge verlaufenden linienförmigen Infiltrate, an welche sich medialwärts eine die Linea alba fast erreichende, mehr als kinderhandgroße pigmentierte Hautpartie anschließt. Die erwähnte infiltrierte rote Linie ist schwach S-förmig geschwungen, 2—3 mm breit, livid- bis braunrot, matt glänzend und annähernd vom Aussehen einer keloidartig sich umbildenden Schnittwundennarbe. Die Begrenzung des roten Streifens gegen den pigmentierten Anteil ist ziemlich scharf, doch folgt auf ihn nach einwärts zunächst eine $^1/_2$ cm breite, dunkler pigmentierte und gleichfalls noch etwas infiltrierte Zone. Druck auf den infiltrierten Streifen oder der Versuch, dortselbst eine Falte zu erheben, wird schmerzhaft empfunden. In dem pigmentierten Territorium sind die normalen Furchen und Linien sehr scharf ausgeprägt und stark vertieft, ebenso treten die Follikel sehr scharf hervor. Die Haare sind hier zahlreicher, länger und wohl auch etwas dunkler als an der völlig normal erscheinenden rechten Bauchhälfte und setzen sich ohne scharfe Grenze in die ziemlich reichliche Behaarung der Linea alba fort. Etwa 1 cm nach unten und einwärts von dem Endpunkte des roten Streifens befindet sich ein linsengroßer, das Hautniveau kaum überragender, schmutzigroter, mehr blasser Knoten von der gleichen derben Konsistenz des Streifens. Der obere Endpunkt des Streifens ist durch einen über erbsengroßen, abgeplatteten, subkutanen, von nahezu normaler Haut bedeckten Knoten gebildet, welcher bei Druck noch stärker empfindlich erscheint als die mittleren Abschnitte des Streifens.

Der zweite Krankheitsherd besteht erstens aus einem länglich-ovalen, über talergroßen, scheibenförmigen Herde, zweitens aus einem pfennigstückgroßen und drittens aus einem noch etwas größeren Herde, welche mit dem erstgenannten größten durch eine normal gefärbte, doch ziemlich derb infiltrierte, etwa $^1/_2$ cm breite Hautbrücke zusammenhängen. Diese drei letzteren Herde befinden sich nach rückwärts vom Darmbeinkamme in der hinteren Axillarlinie und noch weiter nach rückwärts in der Höhe des ersten Sakralwirbels. Der größte ovale Herd wird nach außen von einem analogen, livide bis braunrot gefärbten, scharf marginiert begrenzten, etwas breiteren lineären Infiltrate gebildet, welches den ganzen Herd in Form einer Ellipse umgibt, nach innen jedoch allmählich und ohne scharfe Grenze in die zentrale infiltrierte Partie übergeht, welche im Gegensatze zu der am Bauche vorhandenen pigmentierten Hautpartie noch etwas dunkler pigmentiert ist, weiter da und dort gerötet und infiltriert ist; auch erscheint die Haut dieses zentralen Anteiles wie grobkörnig chagriniert infolge der scharf und wie knötchenförmig vorspringenden Follikel. Ähnlich beschaffen doch minder lebhaft gefärbt und weniger infiltriert, überdies zentralwärts deutlich eingesunken, sind die zwei benachbarten kleinen Herde. Auch diese drei Herde sind druckempfindlich. Alle übrigen Teile des Integuments bis auf gänsehautartige Beschaffenheit am Thorax, besonders an den unteren Rückenpartien ohne die mindeste Abnormität, ebenso Genitalien und Lymphdrüsen sowie Mundschleimhaut.

Syphilis, an welche wegen der serpiginösen Begrenzung und zentralen Pigmentierung am ehesten gedacht werden konnte, war schon wegen des jahrelangen Bestandes und offenbar sehr langsamen Vorrückens des peripheren Infiltrationssaumes ausgeschlossen. Auch pflegen syphilitische Serpigines, selbst wenn sie kontinuierliche Linien bilden, doch hin und wieder durch — zumal an den Endpunkten vorhandene — distinkte Knoten ihre Entstehungsweise aus Einzeleffloreszenzen erkennen zu lassen. Die Pigmentanhäufung im Zentrum ist bei Abheilung syphilitischer Infiltrate zwar sehr gewöhnlich, doch ist dieselbe mehr labiler Natur und pflegt nicht jahrelang in diffuser Weise die gesamte Abheilungsfläche okkupiert zu halten, sondern beschränkt sich allmählich auf eine die Peripherie umsäumende schmale Pigmentzone. Außerdem wäre für ein syphilitisches Infiltrat von der hier vorliegenden Intensität und Dauer Abheilung in Form einer Narbe zu erwarten. Die Textur der Oberfläche des abge-

Digitized by Google

Rille, Cricoderma

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

Digitized by Google

Digitized by Google

heilten Terrains zeigt aber keineswegs den klinischen Charakter einer Narbe. Es ist aber sehr wahrscheinlich, daß sich in der Tiefe des Derma bindegewebige Organisation d. i. Narbe vorfindet. Dafür spricht nämlich die in der Beschreibung des Falles hervorgehobene schwere Verschieblichkeit und leichte Verlötung der pigmentierten Involutionspartie mit der Unterlage. Diese leichte Verwachsung in der Tiefe erinnert an analoge Vorkommnisse, wie ich [1]) sie nach Abheilung aktinomykotischer Infiltrate und Erweichungsherde bei Jodkaliummedikation gesehen habe. Es gibt nämlich eine allerdings sehr seltene, zuerst von mir [2]) in einem bislang ein Unikum darstellenden Falle beschriebene Form von anscheinend primärer Hautaktinomykose, bei welcher fistulöse Durchbrüche fehlen. Der Ähnlichkeit der serpiginösen Linie mit Narbenkeloid haben wir schon in der Beschreibung des Falles gedacht. An Sklerodermа könnte vielleicht bei Lektüre der Krankengeschichte, nicht aber bei Besichtigung des Falles in vivo oder in Abbildung gedacht werden. Mit dem lilac ring der als Morphaea bekannten Variante des Scleroderma circumscriptum hat die hier vorfindliche periphere ringförmige Infiltration nicht die entfernteste Ähnlichkeit, auch ist dieselbe von verhältnismäßig kürzerer Dauer. Die zentrale Pigmentierung erinnert allerdings ein wenig an die Pigmentsprenkelung, welche in manchen Fällen von Sklerodermа, besonders wenn fleißig massiert worden war, zu beobachten ist. Doch ist bei Sklerodermie die Entwicklung der hier vorfindlichen follikulären Erhabenheiten undenkbar. Völlig ausgeschlossen von der Diagnose ist auch Granuloma anulare bzw. sogenanntes Erythema elevatum.

Alles in allem haben wir es demnach mit einem Novum zu tun, über dessen Natur aber mangels mikroskopischer Untersuchung nichts ausgesagt werden kann. Als vorläufige Bezeichnung möchte ich für das hier beschriebene Hautleiden den deskriptiven Namen Cricoderma (κρίκος, Kreis) vorschlagen.

Über das Abderhaldensche Dialysierverfahren bei Sklerodermie.

Von

Dr. Oskar Kiess, Assistent.

Soweit die Ansicht Anerkennung gefunden hat, daß die Sklerodermie in irgend einem ätiologischen Zusammenhang mit Störungen in der Funktion endokriner Drüsen steht, geht sie wohl mehr und mehr jetzt dahin, daß nicht nur eine bestimmte Drüse ausschlaggebend ist, daß vielmehr bei den innigen Wechselbeziehungen zwischen ihnen eine Erkrankung mehrerer Drüsen vorliegen muß. Jedoch ist diese letztere von Touchard (1) aufgestellte Theorie, die pluriglanduläre Insuffizienz genüge für sich allein eine Sklerodermie hervorzurufen, auch wieder zu verlassen, und dem Sympa-

[1]) Rille, Ein durch Jodkalium geheilter Fall von Hautaktinomykose. Dermatologen-Kongreß in Graz 1895. — [2]) Derselbe, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Jena 1902.

Digitized by Google

thikus einschließlich seiner zerebralen und spinalen Ursprungsstätten (Brissaud) die Hauptrolle zugeteilt worden. Danach erkrankt infolge eines disponierenden Moments primär funktionell der Sympathikus und es tritt, da er sich für diese Drüsen wie ein nutritives Zentrum verhält, eine Ernährungsstörung in diesen Organen ein, die ihrerseits wieder den Weg für eine sekundäre Infektion mit anschließender degenerativer Entzündung derselben bahnt. Dabei ist die Lokalisation der Sklerodermie abhängig von der im Verlaufe des Sympathikus getroffenen Etappe. Stellt sich die Nervenleitung wieder her, kann Heilung erfolgen [Huismans (2)]. Noch einen Schritt weiter geht Curschmann (3). Er, und vor ihm schon v. Noorden (4), auf den er sich mitberuft, hat bei der „häufigen" symmetrischen und der „seltenen" diffusen Sklerodermie in der Regel eine mehr oder weniger allgemeine Dystrophie mit den Anzeichen der pluriglandulären Insuffizienz festgestellt, während sie bei der fleckförmigen meist fehlen sollen, und erblickt in der Schädigung des Sympathikus den allein maßgebenden Faktor. Pluriglanduläre Störung und sklerodermische Haut sieht er als koordinierte Folgeerscheinungen dieser Schädigung an. Nach Cassirer (5) könnte ein erhöhter angeborener oder im früheren Leben erworbener Sympathikustonus eine konstitutionelle Eigenschaft der betreffenden Individuen sein und auf dem Boden dieser Sympathikotonie die Sklerodermie sich entwickeln, ihrerseits hervorgerufen durch mannigfache andere topische Einwirkungen. Diese dauernde, in ihrer Intensität aber vielfach wechselnde Sympathikotonie könnte als Disposition, als Diathese zur Krankheit aufgefaßt werden, zu deren Auslösung es dann anderer Ursachen, z. B. seitens der endokrinen Drüsen bedürfte. Diese Krankheitsbereitschaft würde sich dann ungefähr mit dem Begriff der Insuffizienz oder Labilität des Vasomotorensystems decken.

Wir haben nun an unseren Sklerodermiefällen, soweit wir ihrer habhaft werden konnten, neben den übrigen auch dahingehende Untersuchungen angestellt, ob sich in jedem Falle eine Dysfunktion einer oder mehrerer endokriner Drüsen nachweisen läßt, und haben uns dazu des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens bedient. Wenn ein solcher Nachweis gelingen sollte, so erwarteten wir von den Untersuchungen nur eine eventuelle Aufklärung darüber, ob immer eine bestimmte Drüse zuerst erkrankt und eine bestimmte Auswahl in der Erkrankung der übrigen stattfindet, ob an der Hand der erhaltenen Resultate durch Darreichung der betreffenden Drüsenpräparate ein günstiger therapeutischer Erfolg zu erzielen ist. Allein über die mit diesem Verfahren erhaltenen Resultate soll hier kurz berichtet werden.

Das Abderhaldensche Verfahren ist bisher in der Dermatologie noch sehr wenig angewandt worden. Abderhalden (6) selbst fand bei 3 Fällen von Psoriasis vulgaris einmal Abbau von: Schilddrüse, Thymus, Pankreas, Nebenniere und Hoden, und zweimal von: Schilddrüse, Nebenniere und Hoden, und Keller (7) bei derselben Dermatose in 11 Fällen mit auffallender Regelmäßigkeit einen mehr oder minder starken Abbau von Nebenniere und Pankreas. Sonst würden noch je achtmal Schilddrüse, Leber, Milz und Haut mit abgebaut. Stümpke (8) konstatierte ebenfalls bei Schuppenflechte Abbau von Nierensubstanz und von Psoriasisschuppen

Digitized by Google

und weiter bei je einem Falle von Pemphigus, Lichen ruber planus, Herpes zoster, Dermatitis herpetiformis und Eczema seborrhoicum starken Abbau von Nierensubstanz, bei toxischer Dermatitis, pruriginösem und Unterschenkelekzem auch von Leber. Unsere Untersuchungen bei Psoriasis an 18 Fällen, wobei allerdings auf Abbau von Pankreas und Niere nicht mit nachgeforscht wurde, ergaben in 10 Fällen Abbau von Hoden; sonst war keinerlei Regelmäßigkeit festzustellen. Die Untersuchungen sind zu wenig einheitlich, als daß aus ihnen Schlüsse gezogen werden könnten, zumal auch die Wahrscheinlichkeit, daß die Psoriasis auf Störungen der inneren Sekretion beruhen sollte, nur eine äußerst geringe ist.

Hinsichtlich der Sklerodermie ließen Mitteilungen über Anwendung des ABDERHALDENschen Verfahrens bisher nur von BAUER (9) und von REINES (10) vor. Bei dem ersteren bestand in dem einen Falle noch eine Struma und in beiden Fällen waren Thyreoideatabletten verabreicht worden; wenn daher beide Male Schilddrüse abgebaut wurden, so sind diese Resultate wohl nicht einwandfrei. Bei REINES war der Befund in 3 Fällen:

Schilddrüse: dreimal positiv;
Mesenterialdrüsen: dreimal positiv, aber schwächer als Schilddrüse,
Nebenniere: zweimal schwach positiv, einmal negativ.
Pankreas: dreimal negativ.
Hypophyse: einmal negativ; nur einmal untersucht.

Auf Abbau von Mesenterialdrüsen wurde von REINES nur wegen der SCHWERDTschen (11) Mesenterialdrüsensubstanzmedikation (Coeliacin) nachgeforscht. Unsere eigenen Untersuchungen einschließlich des von VIEHWEGER (12) schon einmal nach ABDERHALDEN untersuchten 1. Falles erstreckte sich auf bisher 11 Pat., 9 weiblichen und 2 männlichen Geschlechts, darunter 2 Kinder, einen Knaben von 11 und einem Mädchen von $7\frac{1}{2}$ Jahren. Außerdem befand sich unter ihnen noch ein Jüngling von 16 Jahren, bei dem ein ungefähr dem Verlaufe der Vena saphena magna entsprechender bandartiger Streifen vorhanden war, der seit der frühesten Kindheit bestehen sollte. Alle übrigen Pat. befanden sich zwischen 20 und 70 Jahren. Nach der Ausbreitung und Anordnung der Sklerodermie geordnet, waren die Ergebnisse:

Sclerodactylia und Scleroderma diffusum faciei (3 Fälle, 3 Frauen):

Serum I. 1. Untersuchung:
Hypophyse: negativ.
Ovarien: nicht untersucht.
Thyreoidea: positiv.
Nebennieren: negativ.
Thymus: nicht untersucht.

2. Untersuchung.
Hypophyse: schwach positiv.
Ovarien: schwach positiv, aber stärker als Hypophyse.
Thyreoidea: stark positiv.

Digitized by Google

Nebennieren: schwach positiv.
Thymus: negativ.

Dasselbe Serum ein drittes Mal untersucht ergab dasselbe Resultat wie bei 2, abgesehen von den Nebennieren, die diesmal nicht mit abgebaut wurden.

Serum II. Seit 4 Jahren stationär. Keine besonderen subj. Beschwerden.
Hypophyse: 1. Untersuchung: nicht mituntersucht; 2. —; 3. schwach positiv.
Ovarien: 1. Untersuchung: stark positiv; 2. dgl.; 3. stark positiv.
Thyreoidea: 1. Untersuchung: stark positiv; 2. schwächer positiv; 3. negativ.
Nebennieren: 1. Untersuchung: negativ; 2. dgl.; 3. negativ.
Thymus: 1. Untersuchung: schwach positiv; 2. negativ; 3. stark positiv.
Pankreas: schwach positiv.

Serum III. Teilweise noch Stadium oedematosum.
Hypophyse: schwach positiv.
Ovarien: negativ.
Thyreoidea: negativ.
Nebennieren: negativ.
Thymus: negativ.

Serum IV. 1 Knabe; Sclerodactylia und Scleroderma diffusum et lineare:
Hypophyse: schwach positiv.
Hoden: negativ.
Thyreoidea: negativ.
Nebennieren: negativ.
Thymus: negativ.

Sämtliche anderen Fälle betrafen Scleroderma circumscriptum, und zwar:

Serum V. Männlich; Scleroderma circumscriptum lineare:
Hypophyse: negativ.
Hoden: schwach positiv.
Thyreoidea: schwach positiv.
Nebennieren: schwach positiv.
Thymus: nicht untersucht.
Pankreas: negativ.

Serum VI. Weiblich; Scleroderma circumcriptum:
Hypophyse: stark positiv.
Ovarien: nicht untersucht.
Thyreoidea: negativ.
Nebennieren: nicht untersucht.
Thymus: nicht untersucht.

Serum VII. Weiblich:
Hypophyse: schwach positiv.
Ovarien: nicht untersucht.
Nebennieren: nicht untersucht.
Thyreoidea: negativ.
Thymus: nicht untersucht.

Digitized by Google

Serum VIII. Weiblich; Scleroderma circumscriptum disseminatum:
Hypophyse: schwach positiv.
Ovarien: nicht untersucht.
Thyreoidea: negativ.
Nebennieren: stark positiv.
Thymus: nicht untersucht.

Serum IX. Weiblich; Scleroderma circumscriptum.
Hypophyse: stark positiv.
Ovarien: schwach positiv.
Thyreoidea: stark positiv.
Nebennieren: negativ.
Thymus: stark positiv.

Serum X. Weiblich:
Hypophyse: schwach positiv.
Ovarien: negativ.
Thyreoidea: stark positiv.
Nebennieren: negativ.
Thymus: stark positiv.

Serum XI. Weiblich; Scleroderma circumscriptum symmetricum cruris utriusque.
1. Untersuchung: Hypophyse: nicht untersucht. 2. stark positiv.
„ Ovarien: nicht untersucht. 2. negativ.
„ Thyreoidea: stark positiv. 2. wie 1.
„ Nebennieren: schwach positiv. 2. wie 1.
„ Thymus: negativ. 2. wie 1.

Leider konnte von den meisten Seris eine 2. Untersuchung nicht vorgenommen werden, da entweder eine weitere Blutabnahme verweigert wurde oder die Kranken der Aufforderung, sich wieder vorzustellen, nicht Folge leisteten. Auch sonst waren die Untersuchungen etwas von Pech verfolgt, insofern, als einige Sera auf dem Bahntransport teilweise ausgelaufen oder verdorben (hämolytisch geworden) waren. Ein einzigesmal finden wir eine geringfügige Unstimmigkeit in den Resultaten, bei 1. wo zuerst Hypophyse nicht, die beiden anderen Male jedoch mitabgebaut wurde. Insgesamt fand also ein Abbau statt von:

Hypophyse: Zehnmal; dreimal stark, fünfmal schwächer, zweimal schwach positiv;
Thyreoidea: Sechsmal; fünfmal stark, einmal schwach positiv, darunter 1 Fall (2) bei der 3. Untersuchung negativ geworden;
Keimdrüsen: Viermal; einmal stark, dreimal schwächer positiv;
Thymus: Dreimal; zweimal stark, einmal schwach positiv bzw. bei der 2. Untersuchung negativ und bei 3. wieder positiv.
Nebennieren: Dreimal; einmal stark, einmal schwächer positiv bzw. vorher bei der 1. Untersuchung noch negativ, einmal schwach positiv.

An einem einzigen Falle wurde also die Hypophyse nicht abgebaut, Fall 5, in dem das Leiden seit vielen Jahren stationär geblieben war, sich im Übergang zum Stadium atrophicum befand und nur auf Kutis und Subkutis beschränkt war. Sollte hier eine Selbstregulierung in der Drüsenfunktion vorliegen, da auch die anderen Drüsen nur schwach ab-

Digitized by Google

gebaut wurden? Allerdings eine bei dem geringen untersuchten Material, das noch dazu nicht über Jahre hinaus regelmäßig kontrolliert werden konnte, durch nichts gestützte Hypothese. Jedenfalls wird dieser Fall, der erst vor 3 Monaten zur Beobachtung kam, genau weiter verfolgt werden. In allen übrigen Fällen wurde demnach Hypophyse abgebaut. Wenn dieses Resultat auch mit dem einen Falle von REINES in Widerspruch steht, so muß die Regelmäßigkeit des Befundes doch auffallen und zu weiteren Untersuchungen auffordern, zumal in dem einzigen Falle, in dem noch das Stadium oedematosum vorhanden war, nur Hypophyse abgebaut wurde, so daß man also an eine primäre Funktionsstörung denken könnte. Weitere Erörterungen über die Beteiligung der übrigen Drüsen verbieten sich bei der geringen Anzahl der Fälle von selbst und würden doch nur die krassesten Vermutungen darstellen.

Hinsichtlich der therapeutischen Verwertung der erhaltenen Resultate bestanden drei Möglichkeiten. Entweder konnten wir Substanz der Drüse geben, die am stärksten abgebaut wurde, oder wir hätten in den Fällen, in denen ein Abbau mehrerer Drüsen stattfand, eine kombinierte Behandlung einleiten können, aber wir verabreichten Substanz der Drüse, die allen bzw. in den meisten Fällen abgebaut wurde, wie wir es auch getan haben. Wir haben uns dabei von den Gedanken leiten lassen, daß evtl. diese Drüse der Sitz der anfänglichen Störung sein könne, die dann ihrerseits wieder, sei es direkt oder über den Sympathikus der übrigen Drüsen auslöst.

Die erzielten Untersuchungsresultate konnten nur in 2 Fällen, 1 und 11, verwertet werden, da von allen anderen Patienten die Behandlung abgelehnt wurde. Bei 1 erhielt die Pat. 8 Injektionen Hypophysin, eine Einspritzung wöchentlich. Unter der Behandlung waren die Ulzera auf den Fingerspitzen und über den Interphalangealgelenken abgeheilt, die reißenden und ziehenden Schmerzen, besonders in den Armen, waren verschwunden und Pat. spürte eine merkliche Besserung in der Bewegungsfähigkeit der Finger, so daß sie ihren Haushalt wieder versorgen und selbst als Kochfrau gehen konnte. Seit einem $^3/_4$ Jahr hatte sie sich jedoch der Behandlung entzogen und zur Zeit besteht eine deutliche Verschlechterung. Die Schmerzen und die Ulzera sind zurückgekehrt. Eine vor 8 Tagen wiederholte Serumuntersuchung ergab jetzt: Hypophyse negativ, sonstiger Befund unverändert, also auffallenderweise kein Abbau von Hypophysensubstanz mehr, trotz neuerlicher Verschlechterung der subjektiven und objektiven Erscheinungen, ein Umstand, für den es sich zur Zeit noch nicht angeben läßt. Möglich wären Untersuchungsfehler oder auch ein Wechsel in der Intensität der Drüsenfunktion. Bei Fall 11 wurden insgesamt 10 Injektionen verabreicht. Auch hier waren augenfällige Besserungen im Befund eingetreten, indem die Haut geschmeidiger, faltbar und verschieblich geworden war. Leider entzog sich auch diese Pat. der Weiterbehandlung, da ihr angeblich die Injektionen zu schmerzhaft wurden. Wir glaubten, diese wenn auch an Zahl nur geringen Ergebnisse mitteilen zu müssen, da sie unserer Ansicht nach, wie schon oben gesagt, zu Nach- und Weiterprüfungen anregen sollten.

Die Untersuchungen der Sera wurden sämtlich vom physiologischen Institute der Universität Halle a. S. (Prof. ABDERHALDEN) ausgeführt.

Digitized by Google

Literatur.

1. Touchard, Recherches anatomo-cliniques sur la Sclérodermie généralisée, Thèse de Paris, 1906. — 2. Huismans, M. m. W., 1905, Bd. 1, S. 451. — 3. Curschmann, M. Kl., 1921, Bd. 2, S. 1223. — 4. v. Noorden, siehe 3. — 5. Cassirer, Die vasomotorisch-trophischen Neurosen, Berlin 1912, S. 636 und 657. — 6. Abderhalden, zitiert nach 7. — 7. Keller, Dissertation, Erlangen 1919. — 8. Stümpke, M. m. W., 1914, Bd. 1, S. 466. — 9. Bauer, zitiert nach 10. — 10. Reines, W. kl. W., 1913, S. 726. — 11. Schwerdt, M. m. W., 1905, Bd. 1, S. 509 und 1907, Bd. 1, S. 1230. — 12. Viehweger, Dissertation, Leipzig 1919.

Über Mäusefavus beim Menschen.

Von

Dr. Heinz Soltmann, Assistent.

Mit 5 Abbildungen im Text.

I. Klinischer Teil.

Nach unseren heutigen Kenntnissen können wir den Favus trotz seinem prägnanten klinischen Symptom der Skutulumbildung in ätiologischer, immun-biologischer und vielleicht selbst in klinischer Beziehung in zwei wohlcharakterisierte Formen scheiden, deren Besonderheiten hier kurz gestreift seien:

1. Der Menschenfavus, allein hervorgerufen durch das Achorion Schönleinii, der in der Regel nur am behaarten Kopf oder am Körper fast nie ohne Beteiligung des letzteren auftritt, das Haar mit seinem Myzel selbst befällt, einer therapeutischen Beeinflussung schwer zugänglich ist und keine Immunitätsreaktionen der Haut auslöst. Der Erreger bildet kulturell den „Wachstyp" Plauts, d. h. bei höherer Temperatur auf Maltoseagar kleine, wachsglänzende Scheiben mit zerebriformer Oberfläche, und in der Regel kein Luftmyzel. Im Mikrokulturen sind besonders charakteristisch gabelige, rehgeweihartige und kronleuchterförmige Bildungen der Myzels (Chandeliers faviques Sabouraud). Die Übertragung erfolgt von Mensch zu Mensch; nur ganz gelegentlich kommen solche vom Mensch aufs Tier vor, und experimentell haften dieselben beim Tier schwer (Tomasczewski).

2. Der Tierfavus oder Körperfavus bildet gewissermaßen eine abgeschwächte Form des eigentlichen Favus und wird erzeugt durch fünf bisher beschriebene, kulturell vom Achorion Schönleinii und unter sich verschiedene bei verschiedenen Tieren vorkommende Pilze, die von diesen auf Menschen übertragen werden können. Der Tierfavus befällt fast nur die mit Lanugohaaren besetzte Haut des Menschen, er kann Skutula hervorbringen, erzeugt aber mit Vorliebe rein trichophytieähnliche Effloreszenzen und hinterläßt nach Abheilung eine allgemeine Hautallergie. Der häufigste Vertreter, das Achorion Quinckeanum, der eigentliche Mäusefavuspilz, zeichnet sich kulturell durch schnelles Wachstum auch bei Zimmertemperatur mit Bildung eines üppigen weißen Flaums aus (Flaumtyp Plauts). Mikrokulturell (hängender Tropfen, feuchte Kammer) bildet

Digitized by Google

er neben Ektosporen zartes verzweigtes Myzel und Spindeln, wie viele Trichophytons und Mikrosporons.

Die anderen 4 Arten von Tierfavus sind nie oder nur ganz vereinzelt spontan beim Menschen beobachtet worden. Es sind dies das Achorion gallinae, am genauesten studiert von SABRAZÈS 1893[1]). Morphologisch hat der Pilz die größte Ähnlichkeit mit dem Ach. Quinckeanum. Vom selben Autor wurde der zweite Pilz, Oospora canina[1]), genau beschrieben; seine Vermehrungsart geht nur durch Myzelversporung vor sich, die Kulturen zeigen als besondere Charakteristik ein dunkelkirschrotes Pigment. Der dritte Vertreter dieser Gruppe ist das Achorion gypseum[2]); er bildet milchkaffeebraune Kolonien mit feinem, radiärem Strahlenkranz und im hängenden Tropfen ungeheure Mengen von Spindeln. Als letzter Pilz wurde 1911 von BR. BLOCH[3]) das Achorion violaceum beschrieben, das spärlich und langsam wächst und dunkelbraunviolett gefärbte Scheiben mit warzig-höckeriger Oberfläche auf künstlichem Nährboden bildet. Mikroskopisch findet man Ektosporen, Chlamydosporen und Spindeln. Der Autor beobachtete 4 Fälle, von denen 2 Skutula zeigten. Der Wirt war die Maus. Seitdem hat STEIN[4]) 2 weitere, schon 1911 beobachtete Fälle veröffentlicht, die beide Skutula aufwiesen. Die Infektion rührte von einer Katze her.

Bei der Trennung in diese zwei Formen des Favus müssen wir in klinischer Beziehung allerdings eine Einschränkung machen. Es finden sich in der Literatur, wenn auch verhältnismäßig selten, Favusfälle des Körpers ohne Beteiligung des Kopfes beschrieben, die durch Achorion Schönleinii hervorgerufen wurden.

Ob die von PAULUS[5]) aus der Bonner Hautklinik in den Jahren 1890—1905 unter 201 Favuserkrankungen angeführten 73 Fälle alle nur durch den SCHÖNLEINschen Pilz verursacht waren, ist nicht mit Sicherheit zu entnehmen; ebenso ist das der Fall für die dort aus den Statistiken anderer Gegenden Europas aufgezählten Fälle.

BLOCH[6]) schreibt 1911: „Mir selber ist nur ein Fall von primärem resp. solitärem Favus der unbehaarten Haut auf dem Abdomen einer krebskranken, kachektischen Frau bekannt, dessen Ursache der SCHÖNLEINsche Pilz war". RILLE[7]) hatte eine ähnliche Beobachtung schon 1900 bei einem achtjährigen, an Lupus leidenden Knaben mit alleinigem herpetischem Vorstadium an der Schulter in Gestalt eines markstückgroßen, roten, schuppenden Herdes nebst zentralen, schwefelgelben Skutulis ohne die geringste Beteiligung des Kapillitiums gemacht. Über weitere Fälle von Körperfavus, die von typischem Kopffavus übertragen wurden und bei denen als begünstigendes Moment die Applikation feuchter Umschläge wirkte, berichten SCHOLTZ, KAPOSI, LESSER[8]) u. a., neuerdings STEIN[9]) allerdings im Laufe von 10 Jahren 12 Fälle. Derartige Fälle heilen indessen viel rascher ab, offenbar, wie SCHOLTZ bemerkt, weil die Pilze unseren Medikamenten leichter zugänglich sind und weil sie auf der Haut des Körpers doch nicht so günstige Lebensbedingungen finden, wie auf der Haut des Kopfes.

Eine ähnliche günstige Beeinflussung sehen wir, wenn umgekehrt Tierfavus einmal am Kopf lokalisiert ist. Ein derartiges Vorkommnis scheint zu den größten Seltenheiten zu gehören. Mir sind nur zwei Fälle aus der Literatur bekannt. PLAUT[10]) beobachtete 1899 einen Fall, in dem bei einem vernachlässigten Knaben es zu Riesenskutulabildung auf dem Kopf gekommen ist. Im Gegensatz zum Favus der Maus waren hier die Haare befallen und unterschieden sich nicht von gewöhnlichen Favushaaren. Eine weitere Beobachtung stammt von WANDEL[11]), wo es sich um eine Kombination

[1]) SABRAZÈS, Sur le favus de l'homme, de la poule et du chien. Paris 1893. — [2]) BODIN, Sur un nouveau champignon du favus (Achorion gypseum). Annales de Derm. et de Syph., 1907, S. 597. — [3]) BLOCH, Achorion violaceum. Derm. Zschr., 1911, Bd. 18, S. 818. — [4]) STEIN, Über Kutireaktion bei Favus. Arch. f. Derm., 1921, Bd. 32, S. 297. — [5]) PAULUS, Beitrag zur Klinik des Favus. Derm. Zschr., 1906, Bd. 13, S. 90. — [6]) BLOCH, Derm. Zschr., 1911, Bd. 18, S. 452. — [7]) RILLE, 3 Fälle von Favus. Wissensch. Ärztegesellschaft Innsbruck, 24. Nov. 1900. W. kl. W., 1901, Nr. 12. — [8]) SCHOLTZ, Über Favuspilze und eine kleine Favusendemie. Arch. f. Derm., 1900, S. 663. KAPOSIS Festschrift. LESSER, Lehrb. der Haut- und Geschlechtskrankheiten, 1914, S. 260. — [9]) STEIN, l. c. S. 296. — [10]) PLAUT, Handb. der pathog. Mikroorg. KOLLE-WASSERMANN, 1813, Bd. 5, S. 79. — [11]) WANDEL, Zur Frage des Tier- und Menschenfavus. D. Arch. f. kl. Med., 1903, Bd. 76, S. 520 ff.

Digitized by Google

von Favus mit Ekzem am Kopf handelte. Der Verlauf war sehr günstig. Die Haare waren mikroskopisch und kulturell pilzfrei. In den Skutulis fand sich Achorion Quinckeanum.

Der erste, der eine Trennung des Favuserregers in zwei verschiedene Pilze vornahm, war bekanntlich Quincke[1]). Er unterschied das Achorion Schönleinii als den Erreger des eigentlichen Kopffavus, den er γ-Pilz nannte, und den Typ. Mäusefavuspilz, von ihm als α-Pilz bezeichnet, (Achor. Quinckeanum), der in erster Linie den Körperfavus des Menschen verursacht. Der letztere wurde seitdem von anderen Autoren bei Mäusen zwar gesehen (Boer, Unna, Frank[2])), einwandfreie Beobachtungen am Menschen mit zweifellosem, kulturellem Nachweis des Ach. Quinckeanum erschienen aber erst über 15 Jahre später zuerst durch Wandel[3]), (5 Fälle), 1902 in Frankreich durch Bodin[4]) (zweimal beim Menschen) und 1908 in England durch Adamson[5]) bei einem Kinde. Wahrscheinlich gehören hierher auch schon mehrere von Paulus erwähnte Fälle. So berichtet der Autor über 7 Fälle, bei denen die Übertragung mit größter Wahrscheinlichkeit durch Spielen mit der Hauskatze erfolgte; in derselben Arbeit findet sich eine Reihe anderer Fälle von Körperfavus von anderen Autoren zitiert, wo die Übertragung ebenfalls durch Tiere erfolgte. Sabouraud[6]) schrieb indessen noch 1910 in seinem klassischen Werke: „Beim Menschen ist die Anwesenheit des tierischen Achorions so selten, daß man sie für eine wissenschaftliche Kuriosität halten kann". Wir wissen aber heute, daß die geographische Verbreitung der verschiedenen Pilze eine sehr verschiedene ist, und daß zweifellos bestimmte Arten an ganz bestimmte Gegenden gebunden sind. Ein eklatantes Beispiel dafür bietet die Mikrosporie, die in England, Nordfrankreich und Belgien in Epidemien auftritt, bei uns aber nur gelegentlich Endemien verursacht. Ähnlich verhält es sich mit der Sporotrichose, die bei uns sicherlich häufiger vorkommt, als sie diagnostiziert wird, aber immerhin relativ selten sein dürfte. Wenn Sabouraud also in seiner Statistik 52 Fälle von Achorion Schönleinii und keinen tierischen Favuspilz erwähnt, so scheinen bei uns die Verhältnisse doch anders zu liegen. Denn im selben Jahre, als das Sabouraudsche Werk erschien, berichtete Chajes[7]) sogar von einer durch das Achor. Quinckeanum verursachten Endemie in Berlin. In einem Warenhause, das viele Mäuse mit „räudigem Aussehen" beherbergte, erkrankten 20—25 Angestellte. Einen weiteren Fall im selben Jahre sah Tomasczewski[8]) in Berlin und ein Jahr später Bloch[9]) in Basel 4 Fälle.

Von besonderem Interesse ist die von W. Fischer[10]) 1913 beschriebene Endemie von zwölf Mädchen, bei denen an meist von der Kleidung

---

[1]) Quincke, Über Favuspilze, Arch. f. exper. Pathol., 1886, S. 62. Mh. f. pr. Derm., 1885, S. 433. — [2]) Boer, Zur Biologie des Favus. Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph., 1887, S. 429. Unna, Frank u. Neebe, Mh. f. pr. Derm., 1891, Bd. 12; 1892, Bd. 14; 1893, Bd. 16. — [3]) Wandel, l. c. — [4]) Bodin, Sur le Champignon de Favus de la Souris. Arch. de Parasit., 1902, Bd. 5, S. 5. — [5]) Adamson, zitiert bei Sabouraud, Les teignes, 1910, S. 549. — [6]) Sabouraud, l. c. S. 579. — [7]) Chajes, Über das Vorkommen des Mäusefavus beim Menschen. M. Kl., 1910, Nr. 4, S. 142. — [8]) Tomasczewski, Über Achorion Quinckeanum. Beitrag zur Favusfrage. Derm. Zschr., 1910, Bd. 17, S. 359. — [9]) Bloch, Über das Vorkommen des Mäusefavus beim Menschen und seine Stellung im System der Dermatomykosen. Derm. Zschr., 1911, Bd. 18, S. 452. — [10]) Fischer, Der Mäusefavus beim Menschen. B. kl. W., 1913, Nr. 49, S. 2285.

Digitized by Google

nicht bedeckten Stellen an Brust, Nacken und Armen bis fünfmarkstückgroße, schwach gerötete Herde mit leicht eleviertem, fein schuppendem Saum ohne jede Andeutung von Skutulis vorkamen. Die Erkrankten arbeiteten in einem Berliner Putzgeschäfte und hatten auch mit Pelzwerk zu tun. Mäuse sollen in dem Geschäft in großer Anzahl vorhanden gewesen sein. Vielleicht stammten auch die verarbeiteten Felle von erkrankten Tieren.

Zwei weitere Erkrankungen bei Mutter und Kind, die ebenfalls rote, schuppende Herde aufwiesen (das Kind hatte außerdem noch eine Efflorescenz am behaarten Kopf in der rechten Schläfengegend), stammten von einer Hauskatze, während nur ein Fall bei einem Knaben mit einem Herd an der Wange ein großes schwefelgelbes Schüsselchen zeigte. Schließlich berichtet der Autor noch von einer weiteren Endemie unter Arbeitern einer großen Fabrik in Kassel, wo Mäuse in großer Menge hausten. Bei einer ihm von Dr. Salomon zur Verfügung gestellten Maus konnte er den Mäusefavuspilz nachweisen [1]). In Hamburg ist der Favus unter Mäusen nach Plaut [2]) sehr häufig, und demzufolge werden alle Jahre eine oder zwei Übertragungen auf den Menschen beobachtet. Über das Vorkommen des Pilzes in Algier nehmen wir Kenntnis aus einer Arbeit von Brault und Viguier [3]), die in der Hautabteilung des Hospitals zu Mustapha die Erreger der Hautmykosen isolierten und näher bestimmten. Darunter fanden sie auch den α-Pilz Quinckes. In Holland trat eine Endemie bei Soldaten auf, die in einer Schule schliefen, wo zahlreiche Mäuse starben [4]). Eine spontane Menscheninfektion durch kranke Ratten teilte Bonnet [5]) in Lyon mit.

In Österreich scheint das Achorion Schönleinii, wie in Frankreich, viel verbreiteter zu sein als der Quinckesche Pilz. Stein [6]) zählte in einem Zeitraum von 10 Jahren, von 1910—1920, in der Klinik von Finger 51 Fälle mit typ. Kopffavus, 12 schon oben erwähnte mit Körperfavus, die ebenfalls den Schönleinschen Pilz zum Erreger hatten, und nur 4 Patienten mit Tierfavuspilzen; davon waren zweimal das Achorion violaceum Bloch und nur je einmal das Achorion gypseum und Quinckeanum vertreten. Letzteres betraf einen zehnjährigen Knaben, der im Winter 1915 mit seiner Mutter aus Galizien geflüchtet war und in einem Barackenlager wohnte. Das Kind zeigte am Rumpf einen handtellergroßen, herpetiformen Krankheitsherd mit sechs bis linsengroßen Skutula. Eine weitere Anzahl hierher gehöriger Fälle finden sich in der Literatur verzeichnet, die im letzten Jahrzehnt in dermatologischen Gesellschaften in Wien und England demonstriert wurden. In einer Diskussion erwähnte Adamson [7]), daß der Pilz in England nicht selten sei. Dagegen soll in Japan nach Aoki [8]) Favus der unbehaarten Haut sehr selten sein.

---

[1]) Fischer, Studien über Dermatomykosen in Berlin. Derm. W., 1914, Bd. 59, S. 1396 ff. — [2]) Plaut, l. c. S. 79. — [3]) Brault, J. et Viguier, Les champignons des teignes à Alger. Bull. Soc. de Path. exot. I. 7., 1914, S. 554. Ref. Zbl. f. Bakt., 1916, Bd. 64, S. 165. — [4]) De Jong und van Nederveen, Ref. Zbl. f. Bakt., 1920/21., Bd. 70, S. 58. — [5]) Bonnet, Rattenfavus. Lyon med., Bd. 117, S. 1288. Zit. bei Fischer, l. c. — [6]) Stein, l. c. S. 299. — [7]) Adamson, Ref. Arch., 1918, Bd. 122, S. 521. — [8]) Aoki, Über den Favus der unbehaarten Haut mit besonderer Berücksichtigung der bakt. Untersuchung. Derm. W., 1914, Bd. 59, S. 863.

Digitized by Google

Auch in Deutschland scheint der Quinckesche Pilz mit Ausnahme von Hamburg nicht allzu häufig zu sein, wenn man von den vor Jahren von Chajes oder Fischer mitgeteilten, offenbar durch Gelegenheitsursachen schubweise auftretenden Endemien absieht.

So erwähnt Alexander[1]) auf dem Dermatologen-Kongreß in Hamburg in seiner Statistik der Pilzflora aus Berlin-Charlottenburg in den Jahren von 1919/20 von 235 Fällen nicht einmal das Achorion Quinckeanum, während Marie Kaufmann-Wolf[2]) dasselbe 1915 an der Berliner Poliklinik für Haut- und Geschlechtskranke unter 100 Fällen einmal beobachtete.

Von den aus der Leipziger Klinik[3]) 1915 mitgeteilten, in den Jahren 1897—1913 zur Beobachtung gekommenen 12 Fällen — 11 weitere stammten von aus Polen oder Rußland Eingewanderten und waren sicher echter Favus —, die allerdings mykologisch-kulturell nicht sicher gestellt waren, wiesen alle bis auf einen eine seit Jahren bestehende Kopferkrankung auf. Es könnte also höchstens ein einziger Fall (V), der im Bereich des Bartes und Halses Flechten und Skutula aufwies, für einen Tierfavus in Frage kommen. In späterer Zeit zur Behandlung gekommene Patienten wiesen typischen Kopffavus auf.

Nachdem wir so einen ungefähren Maßstab für die geographische Verbreitung und die Frequenz des Tierfavus und des Quinckeschen Pilzes im besonderen gewonnen haben — zweifellos würde sich die Zahl der an Tierfavus Erkrankten vermehren lassen, wenn alle unter dem Bilde einer Trichophytie einhergehenden Erkrankungen überall kulturell sicher gestellt würden —, möchte ich über einen weiteren Befund berichten, den ich Anfang dieses Jahres erheben konnte.

Anamnese: Willy K., Bäcker, 21 J., aufgen. 18. 1. 22. Patient war z. Zt. seiner Erkrankung bei der Schutzpolizei in Merseburg als Stallknecht und kam dort mit hautkranken Pferden in Berührung. Nach unserer Erkundigung erhielten wir vom leitenden Tierarzt folgende Auskunft: Am 1. 11. 21 wurden bei der Schutzpolizei in Merseburg bei 3 Pferden Erscheinungen der Sarkoptesräude festgestellt. Diese Pferde wurden zweimal mit SO_2 behandelt, wonach die Krankheitserscheinungen beseitigt waren. Sie wurden daher am 30. 11. 21 aus der Behandlung entlassen und sind nicht neu erkrankt. Eine mikroskopische Untersuchung wurde wegen des klaren, klinischen Krankheitsbildes nicht vorgenommen.

Patient erscheint zuerst in der Poliklinik und gibt an, daß vor 14 Tagen am rechten Oberarm ein kleiner roter, juckender Fleck entstanden sei, der allmählich größer wurde; seit gestern habe sich unter dem ersten noch ein zweiter gebildet. Eine Behandlung habe bis jetzt nicht stattgefunden. Über die Infektion kann Patient keine Angaben machen (Dr. Kiess).

Status praesens. Auf der Streckseite des rechten Oberarmes, in Höhe des Deltoideus, befindet sich ein scharf umschriebener, fast kreisrunder, etwa zweimarkstückgroßer, roter Krankheitsherd, an dem man eine mehrere Millimeter breite, etwas erhabene, dunkelrote, periphere Zone mit dicht nebeneinanderstehenden stecknadelspitz-stecknadelkopfgroßen Bläschen, oder mit feinsten Schüppchen bedeckten Knötchen unterscheiden kann, und ein mehr blaßrotes, etwas eingesunkenes, feinschuppendes Zentrum mit vereinzelten, kleinen, roten, schuppenden Knötchen. Im medialen Anteil dieses Zentrums befinden sich drei kaum stecknadelkopfgroße gelbe Auflagerungen, die erst bei genauerem Hinsehen eine kleine, napfförmige Delle erkennen lassen, und eine weitere Anzahl

[1]) Alexander, Arch. f. Derm., Referate 1922, Bd. 38. — [2]) Kaufmann-Wolf, Arch. f. Derm., 1915, Bd. 121, S. 531. — [3]) Goldkraut, Über im Deutschen Reiche autochthon entstandenen Favus. Derm. W., Bd. 61, Nr. 47.

Digitized by Google

kleinster, hirsekorngroßer, gelber Auflagerungen. Zwei Querfingerbreit unterhalb dieses Herdes liegt ein ähnlicher, pfenniggroßer, ohne indessen die erwähnten schüsselförmigen gelben Massen zu zeigen.

Mikroskopischer Befund ergab eine förmliche Reinkultur von kurzen, plumpen, gebogenen Myzelfäden und polymorphen, ovalen, runden und eckigen, verschieden großen Sporen.

(Schluß folgt.)

Ein Fall von Pediculi vestimentorum und Nissen unterhalb eines Zehennagels.

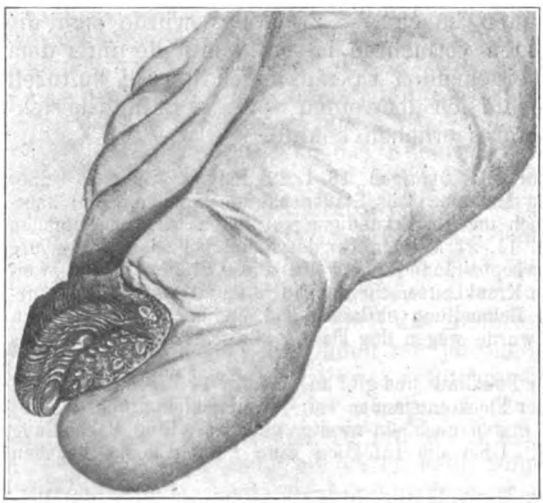
Von

Dr. Richard Braun, gewesener Assistent.

Mit 1 Abbildung im Text.

Eine wohl ganz ungewöhnliche Lokalisation von Kleiderläusen und ihrer Eier kam in dem folgenden Falle zur Beobachtung.

Der Kranke, ein 65jähriger Mann ohne Beruf, zeigte am Körper das übliche Bild der Pediculosis vestimentorum. An den Zehen bestand Onychogryphosis. Besonders die großen Zehennägel waren hornartig gekrümmt, unförmig verdickt, an der Oberfläche von Längs- und Querfurchen besetzt, von bräunlich dunkler Farbe, wie poliert glänzend. An der linken wie an der rechten Nagelhälfte beider großen Zehen befanden sich je eine große, in die Nagelsubstanz hineinführende Aushöhlung von der Größe und Form einer Olive. In diesen Aushöhlungen war die Nagelsubstanz aufgelockert, von weißlich-trüber, bröckeliger und brüchiger Beschaffenheit. Feine Vertiefungen führten in die Nagelsubstanz hinein und feine Spitzen waren sichtbar. In diese Nagelmasse hatten sich Pediculi eingebohrt, zum Teil waren sie ganz in den kleinen Räumen verschwunden, zum Teil waren sie noch sichtbar, den Kopf nach innen gerichtet und mit den Beinen lebhafte Bewegungen ausführend, als ob sie das Bestreben hätten, in das Innere zu gelangen. Dabei war der blutgefüllte Magen in Form eines roten Längsstreifens in der Mitte des Abdomen mit seinen lebhaften peristaltischen Bewegungen sehr gut sichtbar. In anderen feinen Vertiefungen des Nagels waren zahlreiche Eier abgelegt, die reihenförmig aneinandergeordnet waren in fast parallel linearer Anordnung. Es machte den Eindruck, als ob die Gänge wie auch die Unterminierung des Nagels durch künstliche Arbeit der Pediculi entstanden gewesen wären. Die feinen Gänge konnten mit einer filiformen Sonde abgetastet werden und führten bis 4 mm tief in die Nagelsubstanz hinein. Weitere Schnittuntersuchungen am Nagel verweigerte der Kranke.



Der beschriebene Fall wird hier kurz zur Mitteilung gebracht, weil sich in der Literatur Angaben über Aufenthaltsort von Pediculi vesti-

Digitized by Google

mentorum und Ablagerung ihrer Eier an der beschriebenen Stelle unseres Wissens nicht finden. Auch über das Vorkommen anderer tierischer Parasiten an dieser Stelle dürfte nichts bekannt sein. Eine gewisse Analogie liegt vor in einem Falle von Rille, welcher an der Innsbrucker Klinik in einem Falle von ungewöhnlich stark ausgeprägter Onychogryphosis der Zehennägel bei einem älteren vagabundierenden Individuum innerhalb von unter dem Zehennagel eingelagerten, der Fußbekleidung entstammenden Wollpartikeln ein Exemplar einer Mottenart in vivo konstatieren konnte.

Mikroskopische Neuerungen für Dermatologen [1]).

II. Fernrohrlupen und Fernrohrmikroskop.

Von

Priv.-Doz. Dr. F. W. Oelze, Assistent.

Mit 4 Abbildungen im Text.

Vergrößerungsgläser finden in der Dermatologie häufig Verwendung. Manche Effloreszenzen sind so klein, daß eine mäßige Vergrößerung zu ihrer genauen Erkennung erwünscht ist. Allerdings muß zugegeben werden, daß zur Ermöglichung der richtigen Diagnose eines Krankheitsbildes optische Hilfsmittel nicht von ausschlaggebender Bedeutung zu sein pflegen. Die diagnostische Kraft ist im Gehirn, nicht auf der Retina lokalisiert. Durch Vergrößerung von Einzelheiten wird die Wirkung des Gesamteindruckes eines Krankheitsbildes verdrängt. Aber andererseits sind es doch gerade die Details, welche die besondere Eigenart eines pathologischen Prozesses ausmachen. Ihr Studium wird in vielen Fällen durch Vergrößerungsgläser erleichtert, in manchen erst ermöglicht. Der Natur der Sache nach wird dabei auf eine mäßige Vergrößerung das Hauptgewicht zu legen sein. Starke Vergrößerungen sind die Domäne der Hautmikroskopie, die in die Histologie überleitet.

Einfache Lupen haben, außer anderen, den Nachteil, daß sie dem zu betrachtenden Objekt sehr nahe gebracht werden müssen. Das führt gerade in der Dermatologie zu vielen Unannehmlichkeiten. Ferner vermitteln sie keine stereoskopische Abbildung. Gerade diese ist in vielen Fällen (Geschwürsränder u. a.) aber unbedingt erwünscht.

Die sogenannten Fernrohrlupen von Zeiß scheinen mir für dermatologische Zwecke einen erheblichen Fortschritt zu bedeuten. Eine Fernrohrlupe setzt sich aus zwei Teilen zusammen: sie bestehen aus einem kleinen Prismenfernglase, das in 3,6 und 8facher Vergrößerung ausgeführt wird (und auch als gewöhnliches Fernglas verwandt werden kann) und passenden Objektivvorsatzlinsen, die eine Eigenvergrößerung von 0,25 bis 4,75 haben. Die Lupenvergrößerung einer Fernrohrlupe ist gleich: Fernrohrvergrößerung mal Vorsatzlinsenvergrößerung. Abbildung 1 zeigt eine Fernrohrlupe von 7,5facher Lupenvergrößerung (Fernrohr 6fach,

[1]) Vgl. Derm. W., 1920, S. 1023.

Digitized by Google

Vorsatzlinse 1,25). Was den Abstand der Fernrohrlupe vom Objekt anlangt, so ist dieser immer um ein vielfaches größer, als bei einer gewöhnlichen Lupe von gleicher Vergrößerung. Man erhält z. B. bei einem Abstand von einem Meter mit dem Fernrohr 6fach eine Lupenvergrößerung von 1,5, mit dem Fernrohr 8fach von 2,0. Das Gesichtsfeld hat hierbei eine Ausdehnung von 11 bzw. 8,4 cm. Bei einem freien Abstand von 20 cm würde man mit Fernrohr 3fach eine Lupenvergrößerung von 3,75, mit 6fach 7,5 und mit 8fach eine 10fache Lupenvergrößerung erhalten. Die stärksten Lupenvergrößerungen betragen 14,25 und 28,50fach. Allerdings wird man diese starken Vergrößerungen, die immerhin noch bei 5 cm freiem Abstand zu erreichen sind, nur unter Verwendung eines Stativs ausnutzen können, denn bei der geringen Sehtiefe sind schon leichte Schwankungen der Hand sehr störend. Es sei noch bemerkt, daß Fehlsichtige höheren Grades ihre Korrektionsgläser bequem als Okularaufsteckgläser verwenden können.

Abb. 1.

Abb. 2.

Beim praktischen dermatologischen Gebrauch habe ich mich oft von der Nützlichkeit der Fernrohrlupen überzeugen können. Ein kaum linsengroßer Schanker z. B. zeigt seinen Aufbau um vieles deutlicher als bei Betrachtung mit bloßem Auge. Wenn man die Fernrohrlupe viel gebraucht gewinnt man ein Hilfsmittel, das tatsächlich mehr zu sehen gestattet. Recht wesentlich ist auch die Benutzung der Fernrohrlupe als gewöhnliches Fernglas, man braucht dazu nur die Objektivvorsatzlinsen zu entfernen. Mit diesem Fernglas erhält man prächtige, plastische Bilder von Objekten, die bis auf etwa $1^1/_2$ m angenähert sein können. Dies ist wichtig bei genauer Betrachtung von Patienten, denen man sich nicht unmittelbar nähern mag, z. B. bei Seuchenverdächtigen, bei fötiden Prozessen, usw. Auch im Kolleg könnte die Fernrohrlupe zweckmäßig verwandt werden. In der Mitte von Bankreihen sitzende Hörer können mit dem bloßen Auge oft nur einen ungenügenden Eindruck von zirkulierenden Patienten erhalten.

Man kann die Fernrohrlupen frei in der Hand halten. Für ärztliche Anwendung ist die Verwendung von Stirnreifen angezeigt. Abbildung 2 zeigt einen solchen im Gebrauch. Der Stirnreif kann gleichzeitig eine

Digitized by Google

Beleuchtungseinrichtung tragen. Die mit abgebildete lange Lupenlampe liefert ein auf verschiedene Entfernungen einstellbares, rundes, gleichmäßig helles Leuchtfeld, das z. B. bei Untersuchungen von Veränderungen im Munde gute Dienste leistet.

Will man mit stärkeren Vergrößerungen arbeiten, so benutzt man mit Vorteil ein verstellbares Stativ. Abbildung 3 zeigt eine monokulare Fernrohrlupe am kleinen Lupenständer. Die Fernrohrlupe ist mit einem Zeichenprisma versehen, das ein Nachzeichnen von Hautveränderungen sehr bequem macht.

Bringt man an Stelle der Vorsatzlinse ein Vorsatzobjektiv an, so erhält man ein Mikroskop, das einen weiten Objektabstand und schöne Tiefenschärfe hat. In einen kleinen Halter mit Mikrometerbewegung eingeklemmt, Abbildung 4, eignet es sich gut als Demonstrationsmikroskop. Es lassen sich Vergrößerungen von 21- bis 180fach erreichen.

Abb. 3.

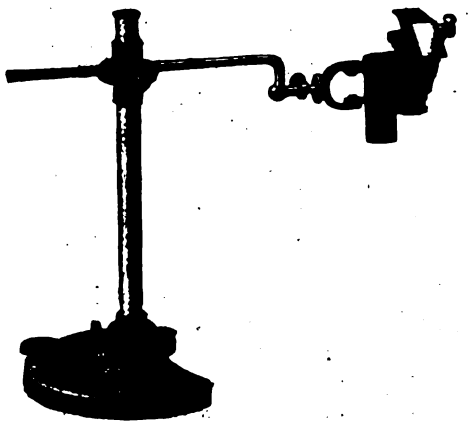


Abb. 4.

Schließlich habe ich die Fernrohrlupe noch mit großem Vorteil zur Erhöhung des Kontrastes benutzt. Man kann Farbfilter bequem auf die Vorsatzlinsen, bzw. an Stelle dieser aufstecken. Die meisten Hautveränderungen sind farbig, oft sehr ausgesprochen andersfarbig als die normale Haut. Man kann bekanntlich den Kontrast dadurch erhöhen, daß man ein farbiges Objekt mit Licht beleuchtet oder durch Lichtfilter betrachtet, die so beschaffen sind, daß sie alles von den betreffenden Objekten ausgesandte Licht absorbieren. Da nun Effloreszenzen nie rein grün sind, so ist ganz allgemein ein grünes Filter ein gutes Kontrastmittel. Aus dem Höchster Filtergrün kann man sich solche Filter herstellen. Es gewinnt z. B. eine nur schwach angedeutete Roseola durch Filterbetrachtung außerordentlich an Deutlichkeit. Andererseits gibt es Filter, die einzelne Farben stark hervorheben. Die Filterbetrachtung, die in Verbindung mit der Fernrohrlupe außer einer Vergrößerung und Verdeutlichung auch eine Erhöhung des Kontrastes ermöglicht, erscheint als die vollkommenste Art der Besichtigung von Effloreszenzen.

Digitized by Google

Spirochätenfunde an syphilisfreien Stellen der Haut.

Von

Prof. Dr. Richard Frühwald,

leitendem Arzt der derm.-vener. Abteilung am Stadtkrankenhause in Chemnitz, früher Oberassistent der Leipziger derm. Klinik.

Die Spirochäten gelangen vom Orte der Infektion auf dem Wege der regionären und der höheren Lymphdrüsen in den Ductus thoracicus und damit in die Blutbahn; dieser Einbruch in die Blutbahn erfolgt, wie wir jetzt aus den tierexperimentellen Untersuchungen wissen, sehr frühzeitig, längstens in der 5. Krankheitswoche. Der Blutstrom treibt die Spirochäten überallhin in den ganzen Organismus, als Folge davon erscheinen die Syphilide. Da hat man sich nun seit jeher gefragt, ob das Virus wirklich nur an die Stellen der Haut gelangt ist, wo das Exanthem auftritt, oder ob es nicht auch an anderen Stellen liegen kann, wo es aus irgend einem Grunde nicht zur Entwicklung eines klinisch sichtbaren Symptoms kommt.

Nahegelegt wurde diese Annahme durch das Leukoderma syphiliticum; da man in manchen Fällen direkt die Entstehung der Depigmentation aus einer syphilitischen Effloreszenz beobachten konnte, so mußte man in den anderen Fällen annehmen, daß eine äußerlich nicht sichtbare syphilitische Hautveränderung dem Leukoderma vorangegangen sei. Tatsächlich hat auch Hoffmann (1) im Leukoderma Spirochäten nachgewiesen. Auch die von Fournier (2) berichteten Fälle von Syphilisübertragung durch Impfpusteln Latentsyphilitischer können in diesem Sinne gedeutet werden, wenn auch Fournier selbst meint, daß die Übertragung durch Beimengung von Blut erfolgt sei.

Als dann mit der Entdeckung der Spirochaeta pallida die ganze Syphilispathologie auf eine breitere Grundlage gestellt worden war, wurde natürlich, schon um den Beweis für oder gegen die ätiologische Bedeutung der Spirochaeta pallida zu führen, auch dort nach Spirochäten gesucht, wo sich keine syphilitischen Erscheinungen fanden. Diese Untersuchungen erstreckten sich sowohl auf nichtsyphilitische Hautveränderungen wie auch auf klinisch nicht veränderte Haut von Syphilitikern. So berichtete Flügel (3) im Jahre 1905 über einen Kranken mit annulärem Exanthem und Papeln, der am Penis und Skrotum Mollusca contagiosa aufwies, die teilweise vereitert waren; im Eiterausstrich eines derselben fanden sich 2 Spirochäten. Auch Fontana (4) fand typische Spirochäten in Mollusca contagiosa in der Nähe von breiten Kondylomen; denselben Befund erhob Mras (5) im Preßsaft eines Molluscum contagiosum, doch waren in dessen Nähe keine syphilitischen Erscheinungen. Lesser (6) fand Spirochäten in typischen Herpesbläschen am Genitale weiblicher Syphilitiker, ebenso in banalen Einrissen, Artefakten und spitzen Kondylomen von Personen mit luischer Vergangenheit. Auch Majocchi (7) konnte in spitzen Kondylomen am Genitale von Luikern Spirochaetae pallidae nachweisen.

Hier wären auch die Spirochätenfunde an nichtsyphilitischen Veränderungen der Schleimhaut zu erwähnen. So fand Vörner (8) bei 2 Kranken mit syphilitischen Erscheinungen Spirochäten in einer gonorrhoischen Erosion der Portio, ebenso in einem gonorrhoischen Harnröhreninfiltrat eines latent syphilitischen Mannes. Hierher gehören auch die positiven Spirochätenfunde in der Zervix, wie sie u. a. Fuchs, Lesser, und in der männlichen Harnröhre, wie sie Friedmann erhoben hat; allerdings kann nicht ausgeschlossen werden, daß an diesen dem Auge schwer oder nicht zugänglichen Stellen syphilitische Erscheinungen vorhanden waren.

Digitized by Google

Die angeführten Spirochätenfunde erfolgten an Haut- und Schleimhautstellen, die, wenn auch nichtsyphilitische, so immerhin krankhafte Veränderungen aufwiesen; noch bemerkenswerter ist aber der Spirochätennachweis an klinisch völlig unversehrten Hautstellen. Levaditi und Petresco (9) haben zum Nachweis von Spirochäten in syphilitischen Effloreszenzen Vesikatorblasen über diesen angelegt und in dem Inhalt Spirochäten gefunden; bei einem Kranken mit rezidivierender Sekundärsyphilis entstanden dabei um die Papeln auf völlig normaler Haut kleine Bläschen, die mit der Blase über der Papel keinerlei Verbindung aufwiesen. Im Inhalt dieser Bläschen konnten Levaditi und Petresco Spirochäten nachweisen. Buschke und Fischer (10) legten bei einem kongenital-syphilitischen Kinde mit papulösem Exanthem und Syphiliden der Handteller und Fußsohlen auf normaler Haut ein Kantharidenpflaster auf und fanden in der darauf entstandenen Blase Spirochäten. Bei einem anderen kongenital-syphilitischen Kinde mit papulösem Exanthem ritzten sie die anscheinend normale Epidermis und konnten in dem austretenden Tröpfchen Blut Spirochäten nachweisen; in diesem Falle können die Spirochäten aber auch aus dem Blute und nicht aus der Haut stammen.

Bemerkenswert ist ein von Friedmann (11) mitgeteilter Fall. Ein Patient, der sich im Januar 1919 syphilitisch infiziert und 2 Kuren durchgemacht hatte, infizierte im Juli 1920 seine Braut; die vorgenommene Untersuchung des Kranken ergab außer geringen Leukodermresten keinerlei Zeichen von Syphilis, zumal war das Genitale völlig normal, WR war positiv. Aufs Geradewohl kratzte Friedmann die völlig normale Raphe penis auf und konnte im austretenden Serum Spirochäten nachweisen. Dieser Fall erinnert an den von Finger (12) beschriebenen. Eine wegen primärer und sekundärer Syphilis behandelte Prostituierte wurde aus der Neumannschen Klinik entlassen, nachdem sie von Neumann, Finger und dem Polizeiarzt untersucht und für erscheinungsfrei erklärt worden war. Am selben Abend verkehrte ein Arzt der Klinik mit ihr und infizierte sich mit Syphilis.

Aus allen diesen Befunden ergibt sich, daß sowohl an nichtsyphilitischen Hautveränderungen, wie auch an klinisch völlig symptomenfreien Hautstellen Spirochäten gefunden werden können.

Zu diesen in der Literatur niedergelegten Beobachtungen kann ich zwei weitere hinzufügen:

1. Richard N., 25jähr. Arbeiter, 2. XII.—16. XII. 1921. Sclerosis ad genitale, Exanthema papulosum incipiens brachiorum. WR ++++. Am 5. XII. wird eine klinisch einwandfrei normale Hautstelle links am Bauche mit Kantharidenkollodium bepinselt und dann mit einem Uhrschälchen bedeckt. Am nächsten Tage (6. XII.) hat sich eine deutliche Blase gebildet; deren Inhalt, etwa 1 ccm, wird aspiriert und dem Kaninchen 321 in den linken Hoden injiziert. Am 8. II. 1922 findet sich im linken Hoden oben ein kirschkerngroßer derber Knoten. Die am 10. II. vorgenommene Punktion des Knotens ergab reichlich Spirochaetae pallidae.

2. W. R., 32jähr. Arbeiter, 13. X.—26. X. 1921. Sclerosis ad cutem penis, WR —. Am 14. X. wird eine klinisch sicher syphilisfreie Stelle am Abdomen links mit Kantharidenkollodium bepinselt und mit einem Uhrschälchen bedeckt. Am nächsten Tage (15. X.) wird der Blaseninhalt aspiriert und je 1,5 ccm dem Kaninchen 314 in die Hoden injiziert. Am 21. XII. im rechten Hoden oben ein undeutlicher Knoten. Am 13. IV. 1922 ein deutlicher Knoten. 25. IV. Punktion des Knotens; Spir. pall. —. Am 1. V. kommt das Tier bei der Punktion am Foramen magnum zum Exitus. Der rechte Hoden wird enukleiert; es findet sich ein etwa erbsengroßer graugelber Knoten. In Schnittpräparaten nach Levaditi sind Spirochäten nachweisbar.

Diese beiden Beobachtungen sind sehr bemerkenswert. Aus der ersten ergibt sich, daß im Proruptionsstadium der sekundären Syphilis an klinisch symptomlosen Stellen Spirochäten gefunden werden können. Das kann aber schon viel früher der Fall sein, denn die zweite Beobachtung lehrt, daß schon im seronegativen Primärstadium, also bis zur 6. Krankheitswoche, Spirochäten in normaler Haut vorhanden sein können. Strittig wäre in den gegebenen Fällen nur, ob die Spirochäten schon in der Haut vorhanden waren oder erst infolge des Entzündungsreizes des Kantharidins aus dem Blute in die Vesikatorflüssigkeit übergegangen sind, wie ja

Digitized by Google

Majocchi (7) annimmt, daß neoplastische und entzündliche Produkte bei Syphilitikern der Sitz von Spirochäten werden können. Wahrscheinlicher ist das erstere, da ja bei den Versuchen von Levaditi und Petresco, die die Vesikatorblasen über syphilitischen Papeln anlegten, auch angenommen werden muß, daß die Spirochäten aus dem Gewebe, nicht aus dem Blute stammten. Wie man die Tatsache aber auch erklären mag, jedenfalls steht fest, daß an einer völlig syphilisfreien Stelle unter Umständen Spirochäten gefunden werden können.

Die Methode, Spirochäten in Vesikatorblasen nachzuweisen, erscheint für derartige Versuche an normaler Haut geeignet und ist schon verschiedentlich angewendet worden. Vielleicht wird zweckmäßiger die Methode von Herrmann (13) angewendet, die rascher ist: Ein Stückchen mit 28%igem Ammoniak getränkter Gaze wird auf die betreffende Hautstelle aufgelegt und durch 3—4 Min. mit einem Uhrschälchen bedeckt: nach 15 Min. entsteht eine Blase.

In diesem Zusammenhange sei erwähnt, daß an der Leipziger Hautklinik 1905 Vockerodt auf Veranlassung von Prof. Rille über Roseolen Kantharidenblasen erzeugt und in ihnen als erster Spirochäten nachgewiesen hat; die Versuche wurden nicht veröffentlicht.

Literatur.

1. Zit. von Solger, Rostocker Ärzteverein, 14. III. 1914. M. m. W., 1914, S. 1315. — 2. Fournier, Syphilis vaccinale, S. 87—94. — 3. Flügel, Weitere Spirochätenfunde bei Syphilis. D. m. W., 1904, S. 1445—1457. — 4. Fontana, Contributo allo studio dello Strongyloplasma hominis del Lipschütz. Giorn. ital. delle mal. vener., 1920. S. 409—412. — 5. Mras, F., Nachweis von Spirochaetae pallidae in Mollusca contagiosa während des Proruptionsstadiums einer sekundären Lues. W. kl. W., 1921, S. 536. — 6. Lesser, F., Kriegswissenschaftliche Beiträge zur Syphilis. Derm. W., 1918, S. 804—805. — 7. Majocchi, Giorn. ital. delle mal. vener., 1920, S. 412—413. — 8. Vörner, Verdeckte Syphilisstellen. M. m. W., 1909, S. 718. —719. — 9. Levaditi und Petresco, Passage du spirochaeta pallida dans le liquide de vésicatoire. Presse méd., 1905, S. 63—110. — 10. Buschke und Fischer, Über die Beziehungen der Spirochaeta pallida zur kongenitalen Syphilis. Archiv, 1906, Bd. 82, S. 63—110. — 11. Friedmann, Zur Frage der Lues latens. B. kl. W., 1921, S. 227—228. — 12. Finger, Die Ansteckungsfähigkeit frischer latenter Syphilis. Ärztl. Reform-Ztg., 1913. — 13. Herrmann, A Note on the Spirochaeta Pallida. New York m. J., 1905, S. 1205—1207.

Syphilis ohne Primäraffekt.

Von

Dr. Felix Weiler, Oberarzt.

Unter einem großen Beobachtungsmaterial kommen nicht selten Fälle vor, bei denen frische Sekundärerscheinungen aufgetreten sind, ohne daß man zunächst einen Primäraffekt feststellen kann. Untersucht man diese Fälle genauer oder beobachtet man sie länger, so findet man doch schließlich die Stelle, an der die Syphiliserreger in den Körper eingedrungen sind. So kann der Primäraffekt in der Harnröhre oder in der Zervix an einer der Beobachtung nicht direkt zugänglichen Stelle liegen und

Digitized by Google

der Nachweis nur durch das Auffinden der Spirochäten im Urethral- oder Zervikalsekret geführt werden. Ferner kann bei einem zugleich mit Syphilis und Ulcus molle infizierten Patienten durch Behandlung des weichen Schankers die Erkennung des Primäraffektes zur Unmöglichkeit werden, ebenso bei einem Ulcus gangraenosum. Weiterhin wird der Arzt manchmal absichtlich getäuscht. So verschweigen beispielsweise Prostituierte, die mit ganz frischem harten Schanker behaftet waren, eine vorausgegangene Salvarsanbehandlung, die den Primäraffekt bei der Krankenhausaufnahme nicht mehr erkennbar macht, ohne die Syphilis abortiv zu heilen. Manchmal sind es auch nässende Ekzeme, Vaginal- und Zervikalkatarrhe, Balanitis, Intertrigo und andere Erkrankungen, die eine vorhandene Sklerose schwer auffindbar machen. Aber hier und da bleiben auch Fälle übrig, in denen bei zuverlässigen Patienten ein frisches Exanthem auftritt, ohne daß die sorgfältigste Untersuchung einen Primäraffekt finden könnte. Zu dieser Gruppe gehören auch die Infektionen von Ärzten bei operativen Eingriffen infolge kleiner Stichverletzungen. Wahrscheinlich spielt hierbei die bei der Operation vorgenommene Desinfektion eine Rolle. ALMKVIST (1) findet bei einer Zusammenstellung von als „Syphilis ohne Primäraffekt" bezeichneten Fällen unter 27 Beobachtungen 4 sichere von Syphilis d'emblée. Alle diese Fälle betreffen Ärzte, welche sich bei einer Operation durch Stiche in einen Finger infiziert haben. Die Infektionsstelle war jedesmal bekannt und man konnte daher das Nichtauftreten des Primäraffektes bis zum Ausbruch des Exanthems feststellen. Bei genitalen Infektionen ist eine solche Feststellung wohl nur in Ausnahmefällen möglich, da eine ärztliche Beobachtung zu einer Zeit, in der der Patient keine äußerlichen Erscheinungen hat, selten stattfinden wird. Da ich zufällig einen solchen Fall von Beginn an beobachten konnte, halte ich die Mitteilung für angebracht. Bemerkenswert ist es noch, daß hier die sekundären Erscheinungen infolge direkt post coitum erfolgter desinfektorischer Maßnahmen zu einem späteren Zeitpunkte wie gewöhnlich auftraten.

Der betreffende Patient hatte sich bei einem Koitus eine kleine Rißverletzung am Frenulum zugezogen, auf die er aus Furcht vor einer Ansteckung kurze Zeit später eine konzentrierte Lösung von Kalium permangan. brachte. Infolgedessen stellte sich eine Entzündung ein, die ihn beunruhigte und veranlaßte, ärztlichen Rat in Anspruch zu nehmen. Als ich den Patienten wenige Tage nach dem Verkehr sah, bemerkte ich am Frenulum an der Stelle des Einrisses einen fast hanfkorngroßen Ätzschorf. Die Umgebung war entzündlich gerötet und etwas angeschwollen. In der Leiste fand sich eine etwas vergrößerte und druckschmerzhafte Drüse neben normalen. Die Schleimhaut der Harnröhre war normal. Penis, Skrotum und Umgebung zeigten normalen Befund, ebenso die Haut und Schleimhaut des übrigen Körpers. Nach Entfernung des Ätzschorfes zeigte sich eine wenig blutende, seichte Wunde mit entzündlicher Umgebung. Nach der ganz bestimmten und zuverlässigen Angabe des Patienten handelte es sich um einen einmaligen Verkehr. Der Tag wurde von ihm genau angegeben. Eine eventuelle frühere Ansteckungsmöglichkeit war völlig ausgeschlossen, da der letzte Koitus mehrere Monate zurücklag, auch vorher keine Ansteckung stattgefunden hatte. Eine Infektion durch Kuß kam nicht in Betracht. Bei der Unmöglichkeit, eine Geschlechtskrankheit festzustellen, riet ich dem Patienten, die Wundbildung mit indifferenten Umschlägen zu behandeln, und beobachtete ihn. Die entzündliche Schwellung ging zurück. Die Wunde war in kurzer Zeit überhäutet. Mehrmalige Untersuchungen der Wunde auf Spirochäten waren negativ geblieben. Die Drüsenschwellung und die Druckschmerzhaftigkeit verschwanden gleichfalls. Inzwischen hatte der Patient in Erfahrung gebracht, daß die betreffende Person, mit der er Verkehr gehabt hatte, damals an Syphilis erkrankt gewesen war. Nach Angabe des unter-

Digitized by Google

suchenden Arztes hatte sie nässende Papeln an den großen und kleinen Labien. Da unter diesen Umständen eine Ansteckung doch leicht möglich war, untersuchte ich den Patienten täglich, um einen etwa entstehenden Primäraffekt nicht zu übersehen. Aber weder an der Stelle des Einrisses noch sonst an der Penishaut oder an der Haut und Schleimhaut des Körpers konnte ich das Geringste wahrnehmen. Auch die Harnröhrenschleimhaut, die als etwaige Ansteckungsstelle in Betracht kommen konnte, bot weder klinisch noch mikroskopisch einen Anhalt für eine luetische Ansteckung. Ebensowenig zeigten die Drüsen einen für Lues charakteristischen Befund. Nachdem bis zur 6. Woche nichts Syphilisverdächtiges aufgetreten war, nachdem die Wassermannsche Blutuntersuchung am Ende der 6. und in der 8. Woche negativ ausgefallen war, glaubte ich, daß eine Ansteckung nicht stattgefunden habe und entließ den Patienten aus der Beobachtung. Ich riet ihm jedoch, noch eine spätere Blutuntersuchung machen zu lassen. In der 11. Woche nach dem Verkehr kam der Patient wieder und klagte über starke Kopfschmerzen und Mattigkeit. Auch jetzt war nichts Syphilisverdächtiges festzustellen. Ich entnahm nochmals eine Blutprobe. Jedoch bevor dieselbe untersucht war, konnte ich seitlich am Bauch vereinzelte frische Roseolen feststellen, die sich dann schnell vermehrten. Der Untersuchungsbefund der Blutuntersuchung war positiv.

Es handelte sich also in dem vorliegenden Falle um eine frische Roseola, die 11 Wochen nach der Infektion — also mit etwa dreiwöchiger Verspätung — auftrat, ohne daß ihr ein Primäraffekt oder eine Drüsenschwellung vorausgegangen war. Festgestellt ist ferner, daß die WR in der achten Woche noch negativ war. Die infizierende Person war nach dem ärztlichen Untersuchungsbefund mit breiten Kondylomen behaftet. Die Infektion ist mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit an der beim Koitus entstandenen Rißverletzung erfolgt, da eine andere Eingangspforte nicht in Betracht kommt. Der negative Spirochätenbefund schließt diese Ansteckungsmöglichkeit nicht aus. Merkwürdig ist, daß auch die Leistendrüsen keine für Syphilis charakteristische Veränderung zeigten. Das Ausbleiben des Primäraffektes wäre durch die Einwirkung des Kal. permangan. zu erklären in ähnlicher Weise, wie in einem Fall von Weinbrenner (2) nach vorausgegangenen heißen Sitzbädern in Kal. permang. der Ausbruch eines papulo-pustulösen Exanthems verhindert wurde an den Stellen, die mit der Badeflüssigkeit in Berührung gekommen waren. Stümpke (3) beobachtete eine ähnliche Einwirkung eines Kapsikumpflasters auf die Haut. In seinem Falle war an der Stelle, wo 14 Tage vor dem Ausbruch eines Exanthems das Pflaster aufgelegt worden war und 14 Tage gelegen hatte, die Haut völlig von spezifischen Eruptionen freigeblieben, während der übrige Körper davon befallen war. Er erklärt sich dieses in der Weise, daß die durch das Pflaster hervorgerufene Hyperämie eine Anhäufung von Schutzstoffen in dem betreffenden Hautbezirk veranlaßte, dadurch die Spirochäten in ihrer Stoffwechseltätigkeit hemmte und so das Aufschießen der Reaktionsprodukte des Spirochätenstoffwechsels, d. i. die Entstehung spezifischer Efflorescenzen an dieser Stelle verhinderte.

Das verspätete Auftreten der Sekundärerscheinungen könnte gleichfalls durch die Einwirkung des Kal. permangan. auf die eingedrungenen Spirochäten erklärt werden. Es wird hier ein ähnlicher verzögernder Einfluß auf den Verlauf der Lues ausgeübt, wie z. B. bei einer unzureichenden Salvarsan-Abortivkur, bei der die Sekundärerscheinungen der Größe der Salvarsandosis entsprechend später wie gewöhnlich erscheinen. Der mitgeteilte Fall zeigt, daß durch die Desinfektion mit konzentrierter Kal.-permangan.-Lösung direkt nach der Infektion

Digitized by Google

1. die Entstehung des Primäraffektes verhindert wurde,
2. sowohl die positive WR als auch das Exanthem mehrere Wochen verspätet auftrat.

Literatur.

1. Almkvist: Derm. W., 1913, Nr. 7. — 2. Weinbrenner: M. m. W., 1920, Nr. 53. 3. Stümpke: Arch. f. Derm., 1914, Bd. 117.

Die gefärbte Normomastixreaktion (Kafka) im Liquor cerebrospinalis.

Von

Dr. Tibor Benedek, Volontärarzt der Klinik.

Mit 8 Kurven im Text.

Seitdem die Lumbalpunktion Quinckes einen so hervorragenden Platz in der klinischen Untersuchungstechnik errungen hat, bemühte sich eine große Anzahl von Autoren, die Liquordiagnostik durch serologische, chemische, zytologische Untersuchungsmethoden auszubauen. Vor allem wollten sie durch diese Methoden die luischen Erkrankungen des Zentralnervensystems (ZNS) von den nichtluischen abgrenzen. Lange Zeit beherrschten die bekannten „vier Reaktionen" von Nonne das Feld. Fortdauernde Erfahrungen zeigten aber klar, daß wirklich genau abgestimmte Reaktionen in unserer Untersuchungsausrüstung noch immer vermißt werden. Man strebte im allgemeinen eine Verfeinerung der Methodik, eine größere Genauigkeit und Eindeutigkeit mit den zahlreichen Reaktionen an, die man in Anlehnung an die klassischen vier Reaktionen zu schaffen beabsichtigte. Das Reaktionsspektrum des Liquors (Eskuchen) ist zwar auf diese Weise breiter geworden, aber wir haben in allen — mit Ausnahme der WR — nur eine quantitative Methode.

Das Bedürfnis nach neuen Reaktionen der Rückenmarksflüssigkeit wird nur dann aufhören, wenn wir spezifische Reaktionen in der Hand haben, die besonders über die Ätiologie der Erkrankungen des ZNS im allgemeinen und in der wichtigen Grundfrage — ob luisch oder nichtluisch im besonderen — einen sicheren, unzweideutigen Aufschluß geben. Solange wir nur die „vier Reaktionen" gehabt haben, bedeutete die Auswertungsmethode der WR nach Hauptmann einen großen Fortschritt. Die Empfindlichkeit der Reaktion im Liquor war aber noch immer verhältnismäßig gering.

Einen Wendepunkt bedeutete also die erste, großes Aufsehen erregende Mitteilung C. Langes im Jahre 1912 über die Goldsolreaktion (GR). Es schien am Anfang, daß ein großes Bedürfnis gestillt wird, indem wir an der Hand der GR nicht nur die großen Gruppen: Lues, Meningitis tuberculosa, Meningitis purulenta, Blutbeimengung zum Liquor genauestens und spezifisch voneinander abgrenzen können, sondern daß man gerade innerhalb der Gruppe der luetischen Erkrankungen am ZNS weitgehende Differenzierung vornehmen kann. Dadurch wäre das Ideal einer Reaktion

Digitized by Google

erreicht. Auf die große Erwartung kam aber bald eine jähe Enttäuschung. Erstens sind die Erwartungen nach einer absoluten Spezifität nicht in Erfüllung gegangen, zweitens zeigten sich bald in den Händen der zahlreichen Untersucher mannigfache technische Schwierigkeiten, die imstande waren, diese hervorragende, äußerst empfindliche und in weiten Grenzen spezifische Reaktion in Mißkredit zu bringen.

Allerdings waren die technischen Schwierigkeiten der GR von fast allen Untersuchern hervorgehoben, so daß es an Modifikationen der Langeschen Originalmethode nicht mangelte.

Die andere Richtung der einschlägigen Forschung war aber bemüht, nach anderen Kolloiden zu suchen, die die technischen Schwierigkeiten der GR vermissen lassen, trotzdem sie die Vorzüge derselben — hohe Spezifität, feines Reagens auf pathologische Liquorveränderungen, geringe Liquormengen — im großen und ganzen innehaben.

In der Reihe der verschiedenen Kolloide war der Mastix der erste, der berufen war, die bedeutenden Schwierigkeiten, die sich bei der Herstellung eines brauchbaren Goldsols ergeben haben, aus der Welt zu schaffen.

Mastix ist eine harzige Substanz, die auf den Inseln des Ägäischen Meeres gewonnen wird. Dieses Harz ist in Alkohol löslich. Es ist Emanuels Verdienst, die Mastixemulsion in die Untersuchungsmethodik eingeführt zu haben.

Wenn man eine klare alkoholische Lösung des Mastix ins Wasser tropft, so entsteht eine milchig getrübte Flüssigkeit. Mikroskopisch besteht sie aus allerfeinsten, in lebhafter Brownscher Molekularbewegung befindlichen Körperchen. Die Flüssigkeit hat die Neigung, durch Salzlösungen in bestimmter Konzentration ausgefällt zu werden. Je stärker die Salzlösung, desto energischer die Ausfällung.

Die Entwicklung der Mastixreaktion (MR) hat bis zu ihrer hier eingehend zu behandelnden Form — der gefärbten Normomastixreaktion (NMR) nach Kafka — mehrere Etappen gehabt. Die Originalmethode Emanuels hat verschiedene Wandlungen, Modifikationen durchgemacht, von welchen wir die Methoden von Jakobsthal und Kafka, Eskuchen und zuletzt die Normomastixreaktion von Kafká zu erwähnen haben, während die Originalmethode von Emanuel wohl nur die historische Bedeutung besitzt, da sie praktisch längst überholt worden ist.

Den Wert und die Leistungsfähigkeit der NMR nach Kafka eingehend zu erörtern, haben wir uns hier zur Aufgabe gemacht.

Wenn wir vor der praktischen Darstellung nach einem theoretischen Unterbau des bei der NMR — wie bei der Mastixreaktion überhaupt — sich abspielenden Prozesses suchen, stoßen wir auf große Schwierigkeiten. Die Autoren, die sich um den Ausbau der Mastixmethode verdient gemacht haben, äußerten sich sehr wenig und zurückhaltend über die theoretischen Grundlagen ihrer Methoden. So wenig Theorie sie auch gegeben haben, sind manche Widersprüche erhoben worden.

Vor allem war es sehr verlockend, den theoretischen Unterbau der Goldsolreaktion (GR) wegen der großen Ähnlichkeit des Verlaufs der Reaktionen und insbesondere der Kurventypen der GR einfach auf die MR zu übertragen. Ohne die zahlreichen, mitunter widerstreitenden

Digitized by Google

Theorien über Goldsol im ganzen wiedergeben zu wollen, möchten wir doch die wichtigsten anführen. Auf Grund neuester Untersuchungen von Sahlgren sprechen nämlich viele triftige Gründe dafür, daß die Ursachen der kolloidalen Fällung bei der GR und MR durch gemeinsame Faktoren bedingt sind.

Das kolloidale Gold wurde durch Zsigmondy in die Eiweißchemie zum Zwecke der Differenzierung von verschiedenen Eiweißsorten voneinander eingeführt. Zsigmondy hat als erster darauf hingewiesen, daß das Goldsol, das durch Elektrolyte (NaCl) ausgefällt wird, durch die Anwesenheit von Eiweißkörpern vor dieser Ausfällung geschützt werden kann. Es hat sich herausgestellt, daß dieser Goldschutz für die einzelnen Eiweißkörper, quantitativ gemessen, verschieden ist, so daß er eine Differenzierung von Eiweißkörpern ermöglicht.

C. Lange hat bekanntlich das Goldsol zuerst zur Differenzierung luetischer und nichtluetischer Seren verwenden wollen. Er mußte aber bald feststellen, daß die Blutsera Syphilitischer sowie Normaler das Goldsol ohne Unterschied zur Ausflockung brachte. Daraufhin hatte er die GR mit vielem Erfolg auf den Liquor cerebrospinalis angewendet. Nach dem Wesen der GR glaubt Lange, daß die GR qualitative Differenzen der Eiweißkörper aufdeckt.

Eicke ist auch der Meinung, daß die GR im Liquor auf der gegenseitigen Ausflockung kolloidaler Eiweißkörper beruht. Globuline, Nukleoproteide und die höheren Eiweißspaltprodukte der Albumosen sind ebenso wie bei der WR von besonderer Bedeutung für die GR.

Auf Grund seiner Untersuchungen denkt sich Spät die GR als eine Immunitätsreaktion oder mindestens als ein Modell derselben mit einem anorganischen Kolloide. Spät fand, worauf wir noch auf Grund eigener Beobachtungen zurückkommen werden, daß bakteriell stark verunreinigte Liquore noch immerhin einwandfreie GR liefern. Daß der luetische Antikörper durch die hochgradige Verunreinigung nicht alteriert wird, stimmt mit der Feststellung von Toyosumi überein, daß Bakterien diesen Immunkörper nicht binden.

Neufeld faßt die Reaktion als eine Trombin-Antitrombinreaktion auf.

Eskuchen, der die MR mit seiner Modifikation ausführte, vertrat erst den Standpunkt, daß die MR sowie die GR durch dieselben Faktoren verursacht werden, da der pathologische Liquor bei beiden kolloidalen Reaktionen das Ausflockungsmaximum nicht immer bei der stärksten Konzentration, sondern bei irgend einer optimalen Verdünnung hat. Trotz dieses wichtigen Verhaltens der MR, das der GR total parallel geht, rückt er von der ursprünglichen Annahme gemeinsamer Ursachen der beiden Reaktionen ab. Das Wichtigste, was er gegen die gemeinsamen Ursachen anführen kann, ist folgendes. Er weist daraufhin, daß das Charakteristikum der luischen Erkrankungen im allgemeinen eine mehr oder minder starke Ausflockung etwa um $^1/_4$—$^1/_{32}$ ist, darauf folgt eine erhebliche Abnahme des Flockungsgrades in der Zone von etwa $^1/_{128}$ bis $^1/_{500}$, worauf sich abermals eine starke Ausflockung mit dem Maximum bei $^1/_{8000}$ anschließt.

Wie wir sehen, nimmt Eskuchen zwei Ausflockungsmaxima an, die durch eine „negative Phase" voneinander getrennt sind. Nach ihm richtet sich die Stärke und Breite der beiden Maxima sowie die Höhe der negativen Zacke einmal nach der Art der luischen Erkrankung und andererseits nach dem Grade der Liquorveränderungen.

Die Ursache dieses zweiten Fällungsmaximum aber, das bei der Ablesung einer Mastixkurve alten Modells stets vorkommt, liegt anderswo. Die Untersuchungen von Jakobsthal und Kafka haben nämlich ergeben, daß der zweite, sehr störende Teil der Mastixkurve von der Aus-

Digitized by Google

flockung der Mastixlösung durch die angewendeten hohen Kochsalzkonzentrationen herrührt. Es liegt also kein Grund vor, eine besondere „negative Phase" hervorzuheben, die zwei wesensfremde Kurventeile voneinander trennen würde und deren Lage von pathognomonischer Bedeutung wäre. Der erste Kurventeil ist vielmehr derjenige Teil der Mastixkurve, wo die kolloidale Fällung vorkommt, während der zweite Teil einer luetischen Kurve eben nur einer Elektrolytenfällung entspricht.

Neuere Forschungen nach dem Wesen der neuen Reaktionen auf Syphilis (SACHS-GEORGI, MEINICKE) betonen die Wesensgleichheit der Ursachen bei diesen Fällungsreaktionen, und SACHS, NATHAN u. a. m. lieferten viele Beweise für die kolloidchemische Auffassung vom Wesen der neueren Fällungsreaktionen und der WR. WEIGELDT betont ausdrücklich den weitgehenden Parallelismus zwischen den Ausflockungsreaktionen und der WR.

Wir möchten uns WEIGELDTS Ansicht anschließen und nicht nur in den genannten Ausflockungsreaktionen (SACHS-GEORGI, MEINICKE), sondern außer der WR auch in den kolloidalen Reaktionen — Goldsol- und Mastixsolreaktionen — eine Reaktion erblicken, die auf ähnliche, wenn nicht gar wesensgleiche kolloidale Zustandsänderung der Liquoreiweiße und Serumeiweiße zurückzuführen ist.

In der letzten Zeit hat sich SAHLGREN eingehend mit den Ursachen der MR im Liquor csp. beschäftigt. Auf Grund seiner interessanten Versuche kommt er zu der Folgerung, daß die Schutzstoffe des Liquors keine Eiweißstoffe oder Lipoidkörper sind, sondern von anorganischer Natur sein müssen. Ausgehend aus dieser Auffassung hat er die Wasserstoffionenkonzentration einer normalen Zerebrospinalflüssigkeit mittels der Indikatorenmethode untersucht. Dabei wurde die Mastixreaktion parallel am Liquor und an der entsprechenden Phosphatlösung vorgenommen. Letztere ergab eine Mastixkurve von genau demselben Aussehen, wie diejenige des Liquors. Erhöhte er die Alkalität einer Flüssigkeit, so zeigte sich eine höhere Schutzwirkung.

Beim Studium der pathologischen Mastixkurve untersuchte SAHLGREN die verschiedenen Eiweißkomponenten, die er mittels fraktionierter Aussalzung mit Ammonsulfat erhielt. Das Ergebnis war, daß die verschiedenen Komponenten, in derselben Konzentration verglichen, sehr verschiedene Mastixkurven ergaben. Die ausschlaggebenden Faktoren beim Zustandekommen einer pathologischen Mastixkurve sind 1. die Menge des Totalglobulins und 2. das quantitative Verhältnis der Globulinfraktionen. Ist in den Fraktionen viel Euglobulin vorhanden, wie bei den luischen Erkrankungen, wo die Eiweißmengen gering sind, liegt das Ausflockungsmaximum in der Verdünnungsreihe nach links und um so mehr nach rechts, je mehr Pseudoglobulin vorhanden ist, wie das der Fall bei den nichtluischen akuten Meningitiden ist.

SAHLGREN macht also für die MR im luischen Liquor csp. die Globuline, bzw. die verschiedenen Globulinfraktionen verantwortlich, ebenso wie LANGE, EICKE, BECHOLD und zuletzt HÜBSCHMANN das Wesen der GR in einer Flockung der Globuline erblicken.

Bevor wir uns auf unser eigentliches Arbeitsgebiet — die klinische Auswertung der NMR nach KAFKA — verlegt hätten, haben wir uns

Digitized by Google

eingehend mit den älteren Modifikationen der Mastixmethode praktisch beschäftigt, um uns in die richtige Methodik einzufühlen und hauptsächlich die Unterschiede, die Vorzüge und Nachteile der verschiedenen Modifikationen gegeneinander abzuwägen, bzw. die gemeinsamen Linien herauszugreifen.

Bekanntlich haben die allenthalben hervorgehobenen, mehr oder minder begründeten technischen Schwierigkeiten bei der Herstellung eines brauchbaren Goldsols EMANUEL den ersten Impuls dazu gegeben, nach einem anderen Kolloid zu suchen. EMANUEL wählte das Mastixharz, indem er sich auf die früheren Untersuchungen von NEISSER und FRIEDEMANN stützte, die nachgewiesen haben, daß die anorganischen Kolloide, wie die ZSIGMONDYsche Goldsollösung, durch Eiweiß vor der Ausflockung durch Elektrolyte geschützt werden, daß aber in gewissen Konzentrationen die Eiweißkörper selbst imstande sind, die Kolloide auszufällen.

In der MR haben wir ebenso wie in der GR keine quantitative, sondern eine qualitative Reaktion, d. h. die kolloidale Fällung tritt in einer Versuchsreihe nicht etwa bei der maximalen Konzentration auf, sondern bei irgend einer optimalen.

Von den ersten Nachuntersuchern der EMANUELschen Methode hat sich H. SACHS besonders um die Klärung der theoretischen Grundlagen bemüht und daraus wichtige, noch heute gültige praktische Folgerungen gezogen. H. SACHS wies nämlich auf den großen Einfluß hin, den die Darstellungsweise der Mastixemulsion auf ihre Eigenschaften hat. Wird nämlich eine alkoholische Mastixlösung rasch ins Wasser eingeblasen, so wird die entstandene Emulsion in hohem, übermäßigem Grade salzempfindlich. Wird dagegen die alkoholische Mastixlösung zum Wasser (oder umgekehrt) tropfenweise, also „fraktioniert", hinzugefügt, so entsteht eine milchig getrübte Emulsion, die gegen Elektrolyte ziemlich beständig ist.

EMANUEL verwendete eine Mastixstammlösung — 10 g Mastix in 100 ccm absol. Alkohol gelöst, 24 Stunden stehen gelassen, eventuell im Schüttelapparat geschüttelt, nachher filtriert —, von der er zum Gebrauch 1 ccm mit 9 ccm absol. Alkohol vermischt hat und rasch in 40 ccm Aq. dest. einblies. Nach ihm genügt das käufliche destillierte Wasser vollständig. Er arbeitete mit einer konstanten Kochsalzlösung von 1.25%, da er feststellte, daß 1 ccm dieser Lösung 1 ccm Mastixlösung sofort ausflockt. Seine Versuchsreihe war ganz kurz, indem er die Reaktion bloß mit fünf Reagensgläsern bei fallender Liquorkonzentration anstellte.

Von den nachfolgenden Nachprüfern waren JAKOBSTHAL und KAFKA, die die von EMANUEL eingeführte MR einer gründlichen Nachuntersuchung unterzogen haben und in deren Hand die Reaktion auch eine erhebliche Umgestaltung erfahren hat. Neu war bei JAKOBSTHAL und KAFKA vor allem der Vorversuch, der darin besteht, daß man bei Einstellung steigender Kochsalzkonzentrationen mit Mastixlösung feststellt: 1. bei welcher Konzentration die Mastixlösung eben getrübt wird, 2. bei welcher Konzentration eine Ausflockung stattfindet. Der Hauptversuch wird angestellt: 1. mit der letzten Kochsalzkonzentration, die noch keine Trübung im Vorversuch hervorrief, 2. mit der eben ausflockenden Konzentration. Es wird zu 0,5 ccm Liquor 1.5 ccm der betreffenden Kochsalzlösung hinzugefügt (1 : 4), und daraus werden weitere Verdünnungen bis 1 : 8000 hergestellt. Als Kontrolle gilt 1 ccm Mastixlösung + 1 ccm der betreffenden Kochsalzverdünnung. Abgelesen wird sofort und nach 16—18 Stunden. Die genannten Autoren haben in ihren umfangreichen Versuchen den wertvollen Kern der EMANUELschen MR herausgeschält und als prinzipielle Änderung der Technik die vorstehende Ausführungsweise angegeben.

JAKOBSTHAL und KAFKA haben also, statt an einer bestimmten Kochsalzkonzentration (NaCl 1,25% bei EMANUEL) festzuhalten, zwei Salzlösungen verschiedener Konzentration verwendet: 1. eine die Mastixemulsion noch nicht flockende und 2. eine bereits flockende NaCl-Konzentration.

Digitized by Google

Manche andere Untersucher haben dagegen von der ersten, noch nicht flockenden NaCl-Konzentration keinerlei Vorteile beobachtet. Nach Eskuchens Untersuchungen ist die optimale Kochsalzkonzentration unbedingt die erste ausflockende Salzlösung.

Anstatt zwei Salzlösungen verschiedener Konzentration zu verwenden, hat Eskuchen zwei Mastixemulsionen von verschiedener Salzempfindlichkeit mit je der ersten ausflockenden Salzkonzentration benutzt.

Wenn auch die Modifikationen der Emanuelschen Originalmethode von H. Sachs, Jakobsthal und Kafka, Eskuchen aus der Mastixmethode manches herausgeholt haben, was wertvoll war, und entschieden einen Fortschritt bedeutet hatte, so ist es aller Wahrscheinlichkeit doch erst Kafka gelungen, der Mastixmethode zur vollen Geltung zu verhelfen, und zwar in der Form der gefärbten Normomastixreaktion. Trotz der bisherigen oben erwähnten Modifikationen war ein ziemlich störendes Moment in den Kurvenbildern des Mastixsols zurückgeblieben. Bei einer Goldsolkurve waren wir nämlich daran gewöhnt, in den Kurvenbildern im allgemeinen bloß ein Ausfällungsmaximum zu haben. Beim Ablesen der Mastixkurven haben wir dagegen bisher zwei Ausfällungsmaxima, — man sprach von einem „zweiten" Kurventeil eines Mastixsols — wo der zweite Kurventeil eine Folge der Ausflockung der Mastixlösung durch die angewendeten hohen Kochsalzkonzentrationen war. Störend war der zweite Kurventeil ferner deshalb, weil daselbst oft pathologische Ausfällungen vorkamen, z. B. bei akuten nichtluischen Meningitiden.

Es ist Kafka gelungen, den zweiten Kurventeil dadurch zu beseitigen, daß er eine ganz geringe Menge von Natrium carbon. zur NaCl-Lösung hinzusetzte. Da er im Verlaufe seiner Untersuchungen gesehen hatte, daß in einer Versuchslösung, die genau nach den Angaben von Jakobsthal und Kafka hergestellt worden ist, die Ausflockung im Salzvorversuch fast immer bei einer 0,6%igen NaCl-Konzentration auftritt, verzichtete er auf den Salzvorversuch, indem er eine durch Natr. carbon. mäßig alkalisierte NaCl-Lösung verwendete. Um aber eine möglichst gleichmäßige Herstellung der alkalisierten NaCl-Lösung zu erreichen, benutzte er schließlich das Normosal, wobei selbstverständlich der Zusatz von Natr. carbon. in Wegfall kam. Die Färbung der Gebrauchsemulsion ist durch Sudan III hervorgerufen.

Die Technik der gefärbten NMR nach Kafka, die wir in unserer Arbeit genauestens eingehalten haben, ist folgende.

Die Mastixstammlösung wird genau nach den Vorschriften von Emanuel, die wir oben bereits erwähnt haben, hergestellt. Die Gebrauchsemulsion ist folgendermaßen angesetzt worden. Erst haben wir 8,5 ccm Alkohol abs. in ein Reagensglas abgemessen. Dann fügten wir von einer konz. alkoholischen Lösung von Sudan III 0,5 ccm hinzu. Nach der Mischung wurde von der Mastixstammlösung 1 ccm hinzugefügt und nochmals mittels einer Pipette innerlich gemischt. Die Normosallösung haben wir ständig so hergestellt, daß wir 1 g Normosalsalz in 100 ccm redestillierten Wassers gelöst haben. Wir setzen die Normosallösung immer ad hoc an, da wir am Anfang, wo wir noch 10 g Ampullen von Normosal verwendet haben, fast ständig erlebten, trotz sorgfältiger Aufbewahrung, daß sich die Lösung getrübt hatte und üppige Pilzkulturen aufschossen. Nachdem wir 40 ccm Aq.

Digitized by Google

redest. in ein Erlenmeyerkolben abgemessen haben, zogen wir das vorbereitete alkoholische gefärbte Mastixgemisch in eine Pipette auf und ließen es in 50—60 Sekunden langsam zu der Aq. redest. hinzufließen, indem wir den Kolben ständig, leicht aus dem Handgelenk schüttelten.

Wir arbeiteten mit zwölf Röhrchen und einer Verdünnungsreihe, die von $^1/_1$—$^1/_{2000}$ gereicht hatte. Entsprechend diesem Vorgehen kommt in das erste Röhrchen keine Normosallösung hinein, während die übrigen 2—12 Röhrchen mit einer Normosallösung von $^1/_2$ ccm beschickt werden. In Röhrchen 1 und 2 kommt jetzt je $^1/_2$ ccm des betreffenden Liquors hinein. In Röhrchen 2 wird der Liquor mit der Normosallösung innig gemischt und nachher $^1/_2$ ccm in Röhrchen 3 hinüberpipettiert, und so fort von 2 in 4 usw. Vom Inhalt des 12. Röhrchens wird $^1/_2$ ccm schließlich weggegossen. Nachdem die Verdünnungen hergestellt worden sind, wird zu allen Röhrchen von der Mastixgebrauchslösung nach einer Reifezeit von einer halben bis einer Stunde je $^1/_2$ ccm hinzugefügt. Der letzte Akt ist dann noch, daß man die Röhrchen viermal leicht und gleichmäßig aus dem Handgelenk schüttelt, um sie dann schließlich bei Zimmertemperatur an einem ruhigen Ort 20 bis 24 Stunden lang stehen zu lassen. Die Kontrolle wird einfach so hergestellt, daß man zu $^1/_2$ ccm Normosallösung $^1/_2$ ccm von der Gebrauchsmastixlösung hinzufügt. Nach Anstellung der NMR haben wir direkt anschließend keine Ablesung vorgenommen, da sich dieser Vorgang uns als zwecklos herausstellte. Der Verlauf der Reaktion war erst nach 20 bis 24 Stunden als vollendet zu betrachten und die Ablesung hat erst stets nach Ablauf dieser Zeitspanne stattgefunden.

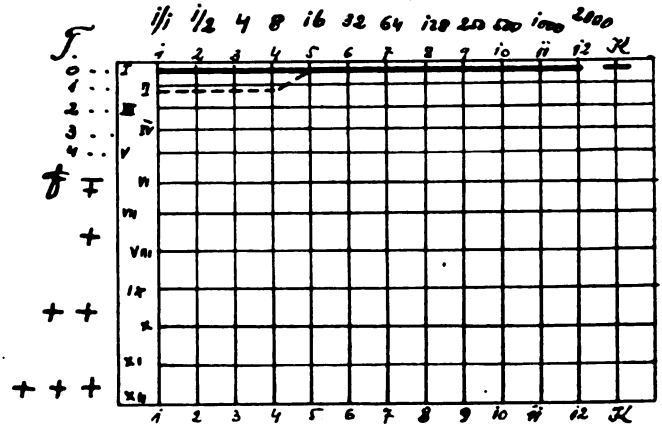
Hier müssen wir die schwierige Frage anschneiden, die sich uns bei der Entscheidung der Frage, ob ein NMR positiv oder negativ ausgefallen ist, aufgetan hatte.

Wenn wir die Bedingungen ins Auge fassen, unter welchen z. B. das Ablesen WR, der Reaktion nach SACHS-GEORGI und der MR im allgemeinen stattfindet, so finden wir, daß sie ganz verschieden sind. Bei der WR gilt uns als Richtschnur das Zustandekommen oder Ausbleiben der Hämolyse; bei der Reaktion nach SACHS-GEORGI gibt wiederum die Verteilung bzw. der Grad der Stärke der Zusammenklumpung der Flocken den Grad der Reaktion sinnfällig an. Die Feststellungen, wenn auch subjektiv verschieden, sind nach einer gewissen Übung doch gleichmäßig. Das Wichtigste aber, worauf wir betreffs der Beurteilung des Verhältnisses beim Ablesen des Resultats ausdrücklich hinweisen wollen, ist das für die WR und SGR gemeinsame Verhalten des negativen Ausfalles. Weder bei der WR noch bei der SGR bleibt ein Zweifel ob der Negativität einer Reaktion übrig.

Anders liegen die Dinge bei der MR. Nach JAKOBSTHAL und KAFKA, ESKUCHEN unterscheiden wir nämlich zwei Zonen im Kurvenbilde des Mastixsols: eine Trübungszone (T) und eine Ausfällungszone (F). Bei der ersteren werden T—1—2—3—4 unterschieden, bei der Ausfällung — wie bei der WR und SGR — F+, ++, +++. Hierzu ist noch zu bemerken, daß die genannten Autoren innerhalb der Fällungszone zu jedem Kreuz zwei Linien im Kurvenbilde verzeichnen, so daß man in der F eigentlich zu jedem Kreuz zwei Nuancen zu unterscheiden hat.

Digitized by Google

Auf Grund unserer Untersuchung können wir mit den älteren Autoren, JAKOBSTHAL und KAFKA, ESKUCHEN, MAYR, KYRLE u. a. m. behaupten, daß wir bei einem normalen Liquor niemals eine Ausfällung beobachten konnten. Die eigentlichen Schwierigkeiten bestehen hauptsächlich in bezug auf die Trübungszone. JAKOBSTHAL und KAFKA haben für den normalen Liquor bei der Ausführung ihrer Modifikation den Verlauf der Kurve „b" in ihrem vorderen Teil ausschließlich in der T gefunden. Leichte Absenkungen der Kurven in den ersten Verdünnungen, aber nur innerhalb der T, sind öfters beobachtet worden. Die genannten Autoren haben mit ihrer Methode Rückenmarksflüssigkeiten von Dementia-praecox-Fällen, Funktionellenneurosen, Arteriosklerotikern, u. a. m. untersucht, die eine negative Kurve ergeben haben, die nur innerhalb der T verliefen, und bei der geringsten Verdünnung meist T4 nicht erreicht haben.



Kurve I. Normalkurve.

——— negativer Ausfall, — — — negativer Ausfall.

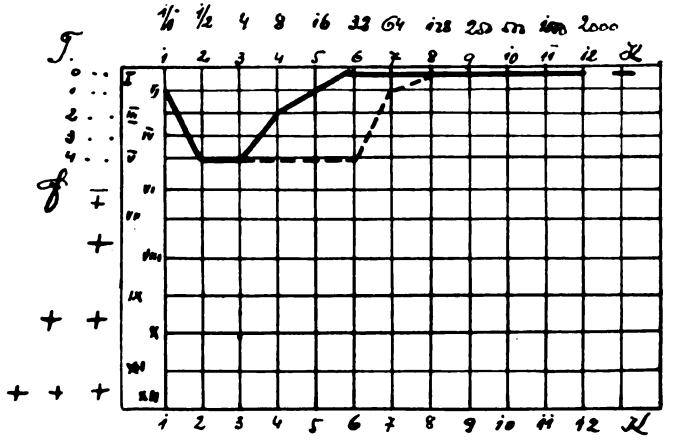
Wenn wir zur Entscheidung dieser Frage, ob man den Befund in der T im pathologischen Sinne positiv oder negativ zu bewerten hat, — das Ergebnis unserer Untersuchungen heranziehen, kommen wir zu den folgenden Feststellungen. In den Fällen, wo das Individuum mit Lues nie in Berührung kam, haben wir im Kurvenbilde bilde der NMR zweierlei Kurventypen gefunden. Erstens haben wir in den genannten Fällen bei negativen Liquores bei der graphischen Darstellung eine horizontale Linie — T 0 — erhalten. Bei anderen sonst ähnlich liegenden Fällen haben wir eine Trübung — T 1 — T 2 — in den ersten vier bis mitunter sechs Röhrchen gesehen, in welchen gesehen, in welchen dann die Kurve sich als eine Bruchlinie auf der Linie T 0 fortgesetzt hatte. Diese Kurvenbilder stellen sicher negative Befunde dar. (Kurve I.)

Anders liegen die Dinge bei Individuen, deren Körper mal mit Lues durchseucht worden war, sollten sie auch zur Zeit der Anstellung der NMR klinisch vollkommen symptomenfrei sein und übrigens ein voll-

Digitized by Google

ständig negatives Reaktionsspektrum des Liquors haben. In diesen Fällen haben wir des öfteren Kurvenbilder erhalten, wo im Anfangsteil der Kurve, im allgemeinen im 3. und 4. Röhrchen (Verdünnung $^1/_4$—$^1/_8$), eine Zacke auftrat, die mit ihrem Maximum T 2—3—4 mitunter erreicht hatte. Auf diese Deutungsschwierigkeiten der ganz geringfügigen Zackenkurven, die dem subjektiven Urteil einen gewissen Spielraum bieten, hat unter anderem auch Mayr hingewiesen. Ebenso betont es Kyrle, daß bei seinen Untersuchungen die horizontale Linie bei der graphischen Darstellung des Befundes zu den Seltenheiten gehörte. (Kurve II.)

Auf Grund unserer Untersuchung bewerten wir also einen jeden Liquor als pathologisch in dessen Kurvenbild eine Ausfällung vorkommt. Eine negative NMR gibt eine horizontale, gleichmäßige oder höchstens eine horizontale Bruchlinie (siehe Kurven I.—II.). Eine „Kurvenzacke" innerhalb der T gilt für uns auch als ein negativer Be-



Kurve II. „Kurvenzacke".

——— negativer Ausfall, — — — negativer Ausfall.

fund der NMR. Diese Beurteilung der Fälle diente uns als Richtschnur bei der Bewertung unseres Materials.

Wir waren in der Lage, ein ziemlich vielseitiges Material mit der gefärbten NMR zu untersuchen. Ein Teil der Liquores ist ein einzigesmal untersucht worden. Manche wieder öfters, teils um die Beständigkeit des Liquors, teils die Beständigkeit der verwendeten Mastixstammlösung zu prüfen.

Wir haben eine Anzahl von Liquores daraufhin untersucht, ob das Altern des Liquors irgend einen Einfluß — sei es qualitativ oder oder quantitativ — aufs Aussehen der Kurven hervorruft. Im Verlauf der Monate haben wir des öfteren denselben Liquor, der steril aufbewahrt, bei 0° C im Eisschranke aufgehoben wurde, der NMR unterzogen, ohne jemals qualitativ oder quantitativ ein Abweichen vom ursprünglichen Aussehen der ersten Liquorkurve feststellen zu können.

Eskuchen schlägt vor und hält es am besten, wenn man die MR in den ersten Tagen der Liquorentnahme vornimmt. Seine Beobachtungen

Digitized by Google

mit alternden Liquores stimmt mit den unserigen überein. Wir können aber seine Feststellungen noch dahin ergänzen, daß ein Trübwerden des Liquores auch nach Monaten bei wiederholten Ausführungen der NMR die erste Kurve in keiner Weise verändert. Andererseits konnten wir bei den einschlägigen Fällen nicht konstatieren, daß Liquores, wie er es beobachtet hatte, oft schon nach einigen Tagen eine ganz andere Ausflockungskurve wie der frische Liquor, vor allem im Sinne einer Abschwächung der Stärke und Verwischung des anfänglichen Types, ergeben hätten.

Die vorstehenden Untersuchungen galten zugleich als Prüfstein unserer Mastixstammlösung, deren konstantes Verhalten während des Verlaufes von langen Monaten wiederholt festgestellt werden konnte.

Wenn wir die Versuchsreihe umgekehrt so anstellten, daß nicht verschiedene Liquores mit derselben Mastixstammlösung geprüft worden sind, sondern dieselben Liquores mit verschiedenen Mastixstammlösungen, haben wir durchweg gleiche Resultate erhalten.

Ferner haben wir eine Anzahl der NMR bei Zimmer- und Eisschranktemperatur angesetzt, um den Verlauf der Reaktionen auch unter diesen Bedingungen parallel beobachten zu können. Das Ergebnis war, daß die NMR bei Eisschranktemperatur eine Abschwächung des Reaktionsbildes in quantitativem Sinne zeigte. Das qualitative Bild blieb ständig unverändert.

Weiterhin haben wir unsere besondere Aufmerksamkeit den Liquores gewidmet, in welchen nach einiger Zeit trotz 0° C und sterilen Aufbewahrens eine Pilzkultur sich entwickelte. Manchmal siedelten die Pilzkulturen bloß in der Kuppe des Reagensglases an, so daß der überstehende Liquor eigentlich kristallklar war; andersmal — und des öfteren — trübte sich der Liquor in toto. Diese Liquores sind das erste Mal in tadellosem Zustande verarbeitet worden. Als dann später die NMR in den durch Pilzkulturen verunreinigten Liquores angesetzt wurde, zeigte sich ganz deutlich, daß das Reaktionsbild in keiner Weise verändert war.

Diese Beobachtung hat nämlich eine wichtige theoretische wie auch eine praktische Seite. Praktisch vor allem deshalb, weil wir selbst auch in der Lage waren, von auswärts zugesandte Liquores untersuchen zu müssen, Liquores, die trüb ankamen oder in welchen gar eine hübsche weiße oder gelbliche Pilzkultur saß. Mit diesen Liquores kann man die sonst geläufigen Eiweißreaktionen nicht mehr ansetzen aus Gründen, die den Eingeweihten wohl bekannt sind. Auf diese WR konnte man sich auch nicht verlassen, so daß in diesen Fällen die angesetzte NMR ausschlaggebend war. Die theoretische Wichtigkeit liegt wiederum darin, wie es schon TOYOSUMI festgestellt hat, daß die Bakterien die Substanzen, die für den Ausfall der Kolloidreaktionen verantwortlich sind, nicht adsorbieren, d. h. die Liquores in ihrem Wesen unverändert bleiben.

Unser Material umfaßte 178 Liquores und 50 Blutsera. 50 Liquores wurden darunter mehrmals untersucht, so daß die NMR mit Liquores 278mal angestellt worden ist; mit Blutseris waren 80 Reaktionen ausgeführt. Die Gesamtzahl der ausgeführten NMR macht also 358.

Digitized by Google

Die untersuchten Liquores stammen teils aus eigener Punktion her, teils sind sie uns zuvorkommendesterweise zur Verfügung gestellt worden[1]).

Um den Wert und das Verhalten der gefärbten NMR eingehend zu beleuchten, waren wir ständig bestrebt, ein so breites Reaktionsspektrum wie nur möglich, derselben gegenüberzustellen. Durchweg haben wir daher die WR angestellt mit der Auswertungsmethode nach Hauptmann. Ebenso sind Nonne-Apelt PhI und Zellzählen durchgeführt worden. Bei den meisten fehlen auch die Eiweißproben nach Pándy und Weichbrodt nicht. Ebenso sind in einer Anzahl der Fälle die Gesamteiweißbestimmung nach Nissl durchgeführt worden. In den Fällen also, wo außer Liquor-WR, PhI, und Zellzahl die übrigen Reaktionen fehlen, ist es nur auf die geringe Menge des zur Verfügung stehenden Liquors zurückzuführen

Unser Material verteilt sich nach der klinischen Diagnose folgendermaßen:

Tabelle I.

a) Luetische Liquores.

Klinische Diagnose	Zahl der Fälle	NMR	
		positiv	negativ
Lues I (Salvarsanintoxikation)	1	1	—
Lues II (mit meningealer Reizung)	6	2	4
Lues latens (früher Blut WR positiv, jetzt negativ 27, positiv 4)	33	12	21
Lues III	1	1	—
Lues cereprospinalis, a) vorwiegend Meningitis	5	3	2
„ „ b) vorwiegend Myelitis	3	3	—
Tabes dorsalis	21	17	4
Paralysis progressiva	19	18	1
Taboparalysis	1	1	—
Lues cerebri	5	3	2
Haemorrhagia cerebri (Lues positiv)	3	3	—
Meningitis luetica	2	2	—
Lues congenita	2	1	1
Lues hereditaria tarda	2	1	1
Epilepsie (Lues positiv)	2	—	2
Zusammen	106	68	38

[1]) Wir möchten wegen der Überlassung des Liquormaterials unserem ergebensten Dank auch hier Ausdruck geben gegenüber dem Direktor der Med. Klinik, Herrn Geh.-Rat Prof. v. Strümpell und dem Assistenten Herrn Dr. Weigeldt, dem Direktor der Psychiatr. Klinik, Herrn Geh.-Rat Prof. Bumke und dem Oberarzt Herrn Priv.-Dozent Dr. Bostroem, dem Direktor der Kinderklinik Herrn Prof. Bessau und dem Oberarzt Herrn Priv.-Dozent Dr. Frank.

Digitized by Google

b) Nichtluetische Liquores.

Klinische Diagnose	Zahl der Fälle	NMR	
		positiv	negativ
Meningitis tuberculosa	3	3	—
Meningitis purulenta	3	3	—
Meningitis pneumococcica	1	1	—
Meningitis chronica	2	—	2
Leptomeningitis chronica	2	—	2
Tumor cerebri	1	—	1
Sclerosis multiplex	2	2	—
Encephalitis epidemica	6	3	3
Encephalomalacie	2	—	2
Epilepsie (Lues negativ)	2	—	2
Epileptische Demenz	1	—	1
Alcoholismus chron.	3	—	3
Migraine ophthalmoplegique	1	—	1
Paralysis agitans sine agitatione	1	—	1
Hemiparalysis agitans	1	—	1
Neuritis nervi optici	1	—	1
Atherosklerose	2	—	2
Embolische Hemiplegie	1	1	—
Hirnrindendefekt (nach Kopfverletzung)	1	1	—
Vertigo	2	—	2
Alzheimersche Krankheit	1	1	—
Dementia praecox	1	1	—
Dipsomanie	1	—	1
Melancholie	1	—	1
Psychopathie	3	—	3
Hemikranie	1	—	1
Morphinismus	1	—	1
Hysterie	1	—	1
Neurasthenie	1	—	1
Neurosis belli	1	—	1
Pneumonie	3	—	3
Poliomyelitis acuta anterior	1	—	1
Malaria	1	—	1
Spasmophilie	4	—	4
Pylorospasmus	1	—	1
Rachitis	2	—	2
Dyspepsie	1	—	1
Pädatrophie	5	—	5
Strophulus	1	—	1
Debilitas congenita	3	—	3
Zusammen	72	16	56

Normale Liquores.

Als normale Rückenflüssigkeiten bezeichnen wir an der Hand der vorstehenden Tabelle diejenigen Liquores, die von Patienten entnommen worden sind, die anamnestisch ebenso wie zur Zeit der Lumbalpunktion keine Anhaltspunkte einer luetischen Infektion gegeben haben und die auf Grund des klinischen Befundes mit größter Wahrscheinlichkeit an keiner Erkrankung des ZNS litten. In diesen Fällen ergab nicht nur die NMR eine negative Kurve, sondern es sind auch sämtliche andere Reaktionen: WR im Blut und Liquor, PANDY, PhI, WEICHBRODT, negativ gewesen.

Digitized by Google

Wir haben die Schwierigkeiten bereits eingehend erörtert, die sich bei der Beurteilung der negativen Kurven zeigen. Wir möchten unsere Erfahrung in bezug auf die normalen negativen Fälle in folgender Zusammenstellung angeben:

Zahl der normalen Liquores	Verlauf der Kurven in der Trübungszone		
	T 0	T 2—3	T 4
20	14	6	—

Es wurde bereits auch die Frage erwähnt, daß wir nicht nur die normalen Fälle, die durchwegs eine negative NMR ergaben, unter den negativen Fällen aufgeführt haben, sondern wir nennen gegenüber den „normal-negativen" Fällen auch diejenigen Kurven „negativ", deren „Zackenkurve" bis zur T 4 innerhalb der T verlief, trotzdem sie von einmal luetisch durchseuchten Patienten herrührten.

(Fortsetzung folgt.)

Ein Fall von gleichzeitigem Vorkommen von syphiltischem Primäraffekt an der Unterlippe und an den Augenbrauen.

Von

Dr. Ulrich Greif, Ausbildungsassistent.

Mit 1 Abbildung im Text.

Als im Jahre 1850 Ricord die erste Beobachtung eines in der Augengegend lokalisierten syphilitischen Primäraffektes mitteilte, wurde dies, wie Fournier angibt, als „eine Überraschung, ein Ereignis" bezeichnet. Nach den Angaben von Groenouw betreffen 3—4½ % aller extragenitaler Primäraffekte das Auge; sie finden sich dort am häufigsten an den Lidern und der Konjunktiva. Außerordentlich selten ist der Befund von Primäraffekten an den Augenbrauen. Derartige Fälle sind in der Literatur seither nur 11 beschrieben und von Langrock anläßlich der Mitteilung eines Falles aus unserer Klinik ausführlich zusammengestellt worden. Von diesen 11 Fällen weisen drei (Zabolotzki, Coppez, Rille) die Kombination mit noch anderwärts extragenital lokalisiertem Primäraffekte auf. Fournier erwähnt nur zweimal eine Coinzidenz von Augenprimäraffekten (einmal innerer Augenwinkel, einmal oberer Lidrand) mit solchen anderer Körpergegenden (Kinn, Genitale). Unter den von Weise veröffentlichten Fällen von Lippensklerosen aus Rilles Beobachtung finden sich zwei Fälle von Primäraffekten der Unterlippe vergesellschaftet, zweimal mit solchen des Genitale und einmal der Tonsillen. Das Zusammentreffen von Lippen- und Brauenprimäraffekt wie in unserem Falle, ist in der Literatur bislang nicht verzeichnet.

A. K., 21 Jahre, Buchhandlungsgehilfe, aufgenommen am 16. Mai 1922. Letzter Koitus vor drei Monaten.

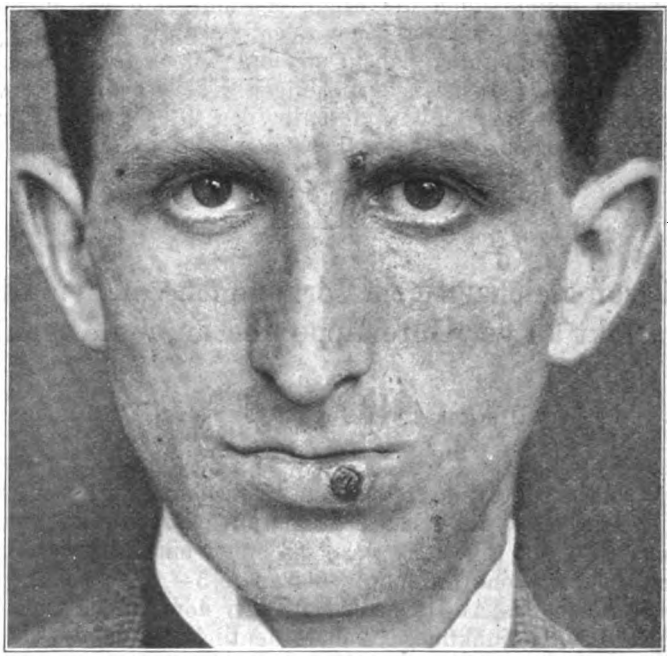
Digitized by Google

Mitte März 1922 „Schreckblase" an der Unterlippe, 8 Tage später Knoten unter dem linken Unterkiefer. Affektion als Lippenfurunkel antiphlogistisch behandelt. Ende März eine Armspritze. Anfang April Blase und Knoten verschwunden. Ende April an gleicher Stelle wiederum Blase und Knoten. Vor 2 Tagen bemerkte Pat. an der linken Augenbraue einen kleinen Grind, den er auf einen Stoß gegen eine Ofentür zurückführt.

Großer, schlanker, mäßig kräftiger Mann, von mäßigem Ernährungszustand.

Haut und Schleimhäute blaß.

Die Unterlippe ist in ihrem linksseitigen Anteil etwas evertiert und verdickt. Etwa in der Mitte der linken Hälfte der Unterlippe innerhalb des Lippenrotes eine pfennig-große, kreisrunde, knorpelharte, indolente Effloreszenz mit einer massiven, sehr trockenen, schmutzigbraunen, blutigtingierten, fest kohärenten Kruste. An der linken Augenbraue am nasalen Ende eine linsengroße, blutigbraune, scharf umschriebene Kruste, nach deren Loslösung eine braunrot glänzende, serös absondernde, seichte Wundbasis freiliegt. Im



Reizserum beider Effloreszenzen Spirochaeta pallida positiv. Etwa 5 mm nach außen von dem Augenbrauenprimäraffekt eine 1 cm lange, 2 mm breite, rotbraune, erwas derbe, gezackte, leicht erhabene, auf der Unterlage verschiebliche, schmerzlose Narbe (nach dem erwähnten Trauma).

Lymphdrüsen: Submaxillare: Links eine wallnuß- und eine mandelgroße, sehr derbe, schmerzlose, auf der Unterlage verschiebliche Drüse. Die Haut darüber nicht gerötet, verschieblich.

Praeauriculare: Links eine halberbsengroße, fast nicht verschiebliche, indolente, ziemlich harte, mit der Umgebung beinahe verlötete Drüse.

Axillare und Kubitale: Beiderseits je eine haselnuß- bzw. erbsengroße derbe, verschiebliche indolente Drüse.

Inguinale: O. B.

WR negativ.

Was den Infektionsmodus anbelangt, so kann Patient keine genauen Angaben machen. Er nimmt an, daß er sich an der etwas juckenden Augenbrauennarbe gekratzt und dabei vielleicht von dem Lippenprimär-

Digitized by Google

affekt aus sich selbst in der Augenbrauengegend infiziert hat. Von einem suspekten Biß oder Kuß weiß Patient nichts. Es mag sein, daß in unserem Falle eine Infektion an der Augenbraue im Anschluß an dieses Trauma stattgefunden hat, so wie dies ja auch in dem Fall von Bechholm beschrieben wurde.

Nach 16 Tagen antiluetischer kombinierter Neolsalvarsan-Novasurol-Behandlung ist an beiden Primäraffektstellen beinahe Restitutio ad integrum, was Fournier als den häufigsten Ausgang der Augenbrauenprimäraffekte angibt.

Literatur.

Fournier, Les chancres extragénitaux. Paris 1897. — Langrock, Über den syphilitischen Primäraffekt an der Augenbraue. Derm. W., 1919, Bd. 69. — Weise, Über extragenitale Primäraffekte an der Lippe. Diss., Leipzig 1920. — Gräfe-Sämisch, Handbuch den gesamten Augenheilkunde. Leipzig 1904. II. Aufl. Bd. 11. — Zabolotski, Tverdie chankrie vershniagoveka. Med. Obosrenje, 1884, Nr. 5. — Coppez, Un cas de chancre dur double de la paupière supèrieure. J. de méd., de chir. et de pharmacol., Bruxelles 1894, 52. Jahrg., Bd. 96. — Bechholm, Med. Rund., Bergen 1890, S. 330—332.

Fachzeitschriften.

Zeitschrift für Urologie.

1922, Bd. 16, H. 4.

Zur Funktion der Nierenkelche, von H. Haebler-Berlin. S. 145—150. Ein holländischer Kollege Wassink machte an einer eben entfernten Niere folgende Beobachtung: Am mittelsten Nierenkelche entstand viermal in der Minute eine ringförmige Kontraktionswelle, die sich nierenbeckenwärts fortschob. Nach diesem fing auch der untere Kelch an sich zu kontrahieren, wobei der Inhalt in das Nierenbecken getrieben wurde, und so wiederholte sich das peristaltische Spiel; es war also eine automatische Peristaltik der Kelche und eine reaktive des Beckens. Diese Beobachtung fand Haebler im Tierversuch bestätigt. Die anatomische Grundlage ist in dem Vorhandensein glatter Muskelfasern und nervöser Elemente vorhanden. Die Versuche an Menschennieren mißlangen deshalb, weil die Papillen und Kelche dieser Nieren zum größten Teil durch pathologische Prozesse zerstört waren. Ohne Zweifel werden die oben gemachten Beobachtungen auch bei Menschennieren zu den normalen Funktionen der Nierenkelche gehören.

Veränderungen der Blase bei einem Fall von Kolibazillensepsis, von S. Werboff-Petersburg. S. 151—154. Die Zystoskopie eines Falles von heftigen Miktionsbeschwerden ergab eine Hyperämie der Schleimhaut, reichliche Entwicklung der Blutgefäße um die Mündung der Ureteren, am Blasenhals einen dunkelroten Fleck, und schließlich eine Geschwulst, die aus drei kirschenartigen Neubildungen mit breiter Basis von dunkelroter Farbe zusammengesetzt war. Die Konsistenz war weich, der Inhalt flüssig. In dem Harn beider Nierenbecken fand man außer Leukozyten, Nierenepithelien, stäbchenförmige Bakterien ähnlich dem Bacterium coli. Hierbei bestand hohes Fieber. Das ganze Krankheitsbild war das der Sepsis. Schließlich ließ infolge der Behandlung — Nierenbeckenspülungen, Filakogenvakzine — die Hyperämie nach, Verschwinden der dunkelroten Flecken, und vollständiges Zurückgehen der Geschwulst. Es handelte sich um einen Bluterguß in der Schleimhaut der Blase und die Bildung von Hämatomen, infolge toxischer Veränderungen der Blutgefäße oder infolge der Verstopfung durch Embolie als Erscheinungen der Sepsis.

Studie über die Blasensteine, von Akira Nakajima-Tokio. S. 155—186. Geformte Bestandteile in der Blase können als Fremdkörper einen Kern der Blasensteine bilden. Die Bildung eines Steines ohne solche ist sehr selten, theoretisch aber denkbar, indem sich Substanzen in den Nierenkelchen oder Nierenbecken gebildet, gefällt werden und dann als Kern in der Blase erscheinen. Harnsäure und Kalzium sind unentbehr-

Digitized by Google

liche Elemente für die Entstehung des Kerns. Urate können in Form von harnsaurem Kalzium, harnsaurem Magnesium, harnsaurem Natrium und harnsaurem Ammonium vorkommen, Kalzium kommt außer dem Urat in Form von einem anderen organischen Salze, wie Oxalat oder anorganischen Salzen vor. Der Kern bedarf zu seiner Entstehung einer bestimmten organisch eiweißartigen Substanz, zu deren Bildung man in den Nieren irgend einen pathologischen Prozeß annehmen muß. Bei Ausscheidung von kristalloiden Substanzen aus Eiweißsubstanz enthaltenden Harnen, vereinigt sich der Schleim eines Harnkanälchens oder des Nierenbeckens mit diesen Kristalloiden und Eiweißsubstanzen.

Beitrag zur Nierenaktinomykose, von Hans Pinner-Charlottenburg. S. 187—191. Zwei Jahre nach einer operierten Lungen-Pleuraaktinomykose entwickelte sich bei dem Patienten ein Nierentumor, der eine Exstirpation notwendig machte und ebenfalls Aktinomykose ergab.

Über Terpichin bei entzündlichen Erkrankungen der Harnorgane, von Wilhelm Karo-Berlin. S. 192—193. Der Indikationskreis erstreckt sich auf entzündliche Erkrankungen der Harn- und Sexualorgane, in denen ein operativer Eingriff nicht in Frage kommt. Der Autor hat gute Resultate gesehen. Eine Diskussion in der urologischen Gesellschaft ergibt verschiedene Ansichten über die Heilwirkung.

1922, Bd. 16, H. 5.

Zur Frage der Nierendekapsulation bei renaler Hämaturie, von A. Schüppel-Altona. S. 201—213. Fall von renaler Hämaturie bei einer 55jähr. Frau. Therapie: Dekapsulation der linken Niere, aber ohne Erfolg. Weitere Blutungen veranlaßten Exstirpation. Histologisch beginnende senile Schrumpfniere und Nephritis traumatica als Rest der ersten Operation. Der Blutungsherd wurde nicht gefunden, aber in Beziehung zur Arteriosklerose gebracht. Therapie bei profuser Blutung bleibt die Exstirpation.

Chirurgie des Prostatismus, von Béla von Rihmer-Budapest. S. 214—226. Die Endmortalität der Katheterbehandlung des Prostatismus ist größer als die unmittelbare operative. Bei ständigem Katheterisieren muß man dem Kranken die Operation empfehlen, wenn sonst keine Kontraindikation besteht. Die primäre Prostatektomie ist die Operation der aseptischen nicht großen Retentionen. Die Schwerinfizierten, die mit Distensionen, Urosepsis, Emikation und schwerer Arteriosklerose, können zweizeitig erfolgreich operiert werden. Die Zystoskopie ist als endgültige Operation dort zu empfehlen, wo die radikale nicht durchgeführt werden kann und der Katheterismus nicht ausführbar ist. In den sklerotischen Fällen der sogenannten Atrophie haben die endourethralen Operationen Platz, trotzdem Rezidive nicht ausbleiben.

Zur Frage des Kontrastmittels bei der Pyelographie, von Fritz Gastreich, Anat. Inst. Erlangen. S. 227—242. Verf. rät von dem Gebrauch der Pyelons ab, da vielfach Schädigungen aufgetreten sind. Auch Kollargol schädigt Nierenbecken und Niere. Die Eigenart der Erscheinungen erinnert an das Bild der typischen Kollargolschädigung und Vergiftung.

Eine Änderung am Valentinischen Harnröhrenspiegel, von R. Kaufmann-Frankfurt. (Bemerkungen zur Abhandlung von A. Cassuto.) Der Autor verficht seine Verbesserungen des Valentinischen Urethroskops. W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Zeitschrift für urologische Chirurgie.

Bd. 8, H. 6.

Ein Fall von Trennung einer Hufeisenniere, von G. van Houtum-Haag. S. 165. 37jähr. Frau, die im Anschluß an körperliche Anstrengung an anfallsweise auftretenden Schmerzen im Rücken und Bauch litt, auf die stets Blutharne folgten. Die Schmerzen wiederholten sich regelmäßig nach Anstrengungen und waren heftig. Röntgenaufnahmen zeigten keinen Steinschatten, erst die Pyelographie zeigte, daß beide Nierenbecken dicht an der Wirbelsäule lagen, worauf auf Hufeisenniere geschlossen wurde. In tiefster Narkose war die Brücke zu fühlen. Operation nach der von Rovsing angegebenen Methode mit der Modifikation von Brongersma. Die Nieren federten nicht zurück, jedoch konnte die rechte Niere in ihre Lage gebracht werden, während die linke sich senkrecht neben die Wirbelsäule stellte. Die erste Zeit hatte Pat. noch sehr häufig Anfälle, die aber immer seltener wurden, um zuletzt ganz auszubleiben.

Digitized by Google

Spaltung einer Hufeisenniere, von S. B. DE GROOT-Haag. S. 170. Verf. hatte bei einem 16jähr. Knaben, der ständig Bauchschmerzen hatte, eine Probelaparotomie mittels Mittelschnitt ausgeführt, da er eine Geschwulst in der Gegend des Pankreas fühlte, ohne sie erkennen zu können. Nach Eröffnung des Abdomens wurde die Hufeisenniere erkannt und zwischen zwei Quetschzangen getrennt.

Lebensrettende Nephrostomie bei akuter Harnretention, von KOLOMAN-HASLINGER-Wien. S. 172. Verf. hat bei einer Frau, die einige Jahre vorher eine ausgedehnte Operation wegen Gebärmutterkrebses durchgemacht hatte und die plötzlich hochgradige Erscheinungen von Urinretention hatte, den Ureterenkatheterismus ausgeführt. Rechts ist der Ureter durch ein Karzinomrezidiv völlig geschlossen, links gelingt der Katheterismus und es fließt reichlich Harn ab. Da Pat. fiebert, muß der Katheter wieder entfernt werden. Erneut urämische Erscheinungen. Später versuchter Ureterenkatheterismus gelingt nicht mehr, deshalb Operation: Freilegen der linken Niere, die vergrößert, leicht höckerig ist. Nach Dekapsulation Nephrostomie. Durch das eingelegte Drain fließen über 1600 ccm klaren Urins ab, an den nächsten Tagen zwischen 1500 und 2200 ccm, Ödeme schwinden, Pat. wird mit gut funktionierender Nierenbeckenfistel entlassen. Pat. stirbt an ihrer nebenher bestehenden Phthise und Kachexie. Die Sektion ergibt Verschluß des rechten Ureters durch Rezidiv, linksseitiger Ureter durch Ligaturen stenosiert, eitrige Entzündungen der Ureterschleimhaut: Pyonephrose. Die akute Harnretention war wohl durch die Entzündung der Schleimhaut infolge Ureterenkatheterismus bedingt worden.

Experimentelle Resultate der totalen und subtotalen Zystektomie, von EMANUEL ALBERT DELFINO-Genua. S. 177. Verf. hat an Hunden Versuche über die Bildung einer neuen Blasenhöhle nach Zystektomie, und zwar mit Entfernung des Trigonums und Einpflanzung der Harnleiter in die Harnröhre einerseits, und bei Erhaltung des Trigonums und der Harnleitermündungen andererseits, angestellt. In beiden Fällen wurde das Peritoneum exakt geschlossen und das übrige Operationsfeld analog der Sectio alta offen gelassen. Die Wunde granulierte zu und die Tiere hatten nach einem Monat schon vollkommen kontinente Blasenhöhlen, die so groß waren, daß die Tiere nur alle halbe Stunde Urin lassen mußten. Die nach 6 Monaten getöteten Tiere zeigten in der neugebildeten Blase dasselbe anatomische Bild wie die normale Blase. Während in einem Falle der Grund der neuen Blase dem Blasenstumpf entspricht, ist in der zweiten Serie das Harnröhrenende der Fundus der von jungem Bindegewebe gebildeten und mit Granulation bedeckten Blasenhöhle. So glaubt Verf., daß die bisher als notwendig erachtete, durch exakte Naht hergestellte neue Blase sich durch Granulationen von selbst bildet, ein Verfahren, das NICOLICH in zwei Fällen von ausgedehnter Blasenresektion wegen Tumoren schon mit Erfolg angewandt hatte.

Über den Wert der getrennten Nierenharnuntersuchung bei paranephritischer Eiterung, von H. BOEMINGHAUS-Halle. S. 180. Der Gesamturin zeigt bei der nicht seltenen intermittierenden Harnverhaltung dann keinerlei Anzeichen für Erkrankungen. Erst die Zystoskopie stellt einen eventuell bestehenden völligen Harnleiterverschluß fest. Auch zur Differentialdiagnose gegen Appendizitis und Erkrankungen der Gallenblase ist die getrennte Nierenharnuntersuchung von Wichtigkeit. In einem Falle, in dem nach Eröffnung des paranephritischen Abszesses die Eiterung nicht aufhörte, ergab die nachträglich ausgeführte Untersuchung des Nierenharnes eine hochgradige Erkrankung der Niere selbst, so daß die Nephrektomie erst Heilung erzielte.

Beiträge zur Frage der Bauchspaltenbildung. 2. Angeborene Bauchspalte, okkulte Kloake und Rachischisis bei einer sireniformen Mißbildung, von GG. B. GRUBER und EMMY BEST-Mainz. S. 190. In der von Verff. untersuchten Mißbildung handelt es sich um eine sireniforme Mißbildung mit Bauchspalte, vesikorektaler Kloake infolge sekundärem Analverschluß. Eine Einmündung der hyperplastischen Ureteren in die Harnblase war nicht mit Sicherheit festzustellen. Hypoplastische Zystennieren. Mangel des Uterus und der Vagina. Atresie der Tuben. Atypischer Verlauf der einzig vorhandenen Nabelvene. Transposition der großen Körperarterien, mangelhafte Bildung der Vena cava inf. Atresie der Art. pulmonalis. Defekt der Herzscheidenwand. Lordosis und Rhachischisis lumbosacralis lateralis dextra. Totaler Mangel zweier Lumbal- und aller Steißbeinwirbel. Asymmetrie des Beckens infolge Verkümmerung und Dystrophie der rechten Beckenhälfte. Verkümmerung der rechten unteren Extremität: hypoplastisches Femur, Tibiadefekt, Vierzehigkeit. Spitzfuß und Einzehigkeit links. Die Ursache dieser Mißbildung ist in einer gestörten Wachstumsenergie, verbunden mit einer gestörten Wachstumsrichtung zu suchen. Wie schon das sehr häufige Zusammen-

Digitized by Google

treffen der Sirenenbildung mit der Kloakenbildung besagt, handelt es sich um Mißbildungen, die im ersten Schwangerschaftsmonat schon bedingt wurden. Durch die falsche Wachstumsrichtung wurde eine Enge im unteren Bauchabschnitt bedingt, die dann zur Bauchspaltenbildung führte.

Perinephritis serosa als Frühsymptom bei Rindenabszeß der Niere, von Friedrich Necker-Wien. S. 204. Verf. hat bei einer Frau, die mit heftigsten linksseitigen Nierenschmerzen von ausgeprägt kolikartigem Charakter, Schüttelfrost und hohem Fieber, nachdem die Röntgenuntersuchung eine Nephrolithiasis ausschließen ließ, einen paranephritischen Abszeß diagnostiziert, obgleich die Druckempfindlichkeit sehr gering war. Chromozystoskopie normal. Bei Freilegung der Niere fand Verf. nach Durchtrennung der Fascia retrorenalis eine eigentümlich ödematös infiltrierte, wie „geschleichte" Fettkapsel, nach deren Durchtrennung reichlich seröse Flüssigkeit abfloß. Mehrmalige Punktion der großen, prallgespannten Niere ergab keinen Eiter, deshalb nur Dekapsulation. Drainage der Wunde. Nach einigen Tagen wieder Fieberanstieg. Getrennter Ureterenkatheterismus: Urin auch links klar. Bakteriologisch aber Staphylococcus albus und Kolibazillen, deshalb erneute Operation. Breites Freilegen der Niere nach Durchtrennung des Narbengewebes der alten Operation, jetzt findet sich ein abgekapselter Nierenabszeß. Exzision und Exkochleation. Breite Drainage. Drain durch Katgutnähte am Nierenparenchym befestigt. Ungestörter Heilverlauf. Der erste Befund, die Perinephritis serosa, war also ein Frühstadium des Nierenabszesses gewesen.

Bd. 9. H. 1.

Die Uraninprobe (Fluoresceinprobe), von E. Roedelius-Hamburg-Eppendorf. S. 1. Verf. betont die Einfachheit dieser Probe, die eine so gute Orientierung über die Nierenfunktion beider Nieren gibt, da sie die Durchlässigkeit derselben uns zeigt. Man gibt ein Pulver von 1 g in einem Becher Kaffee; genau 10 Minuten, nachdem Pat. das Gemisch getrunken hat, läßt man ihn urinieren. Normalerweise ist jetzt schon eine deutliche Fluoreszenz festzustellen. Ist die Fluoreszenz noch nicht zu bemerken, so läßt man alle fünf Minuten den Pat. urinieren, bis die Probe positiv ist. Länger wie 30 bis 40 Minuten ist die Durchlässigkeit nicht verzögert. Die Verfärbung nimmt immer mehr zu und erst nach 40 Stunden nimmt sie normalerweise wieder ab. Es ist zweckmäßig, die Probe morgens früh anzusetzen, damit man zu der zweiten Serie von Versuchen noch Tageslicht hat. Bei zweifelhaften Befunden setzt man einige Tropfen Ammoniak hinzu, dadurch kommt die Fluoreszenz besser heraus. Bei einseitiger Erkrankung ist die Probe normal, wenn die andere Niere gesund ist, so daß hier die Indigokarminprobe mit Harnleiterkatheterismus anzuwenden ist. Ein negativer Ausfall der Uraninprobe aber besagt, daß auch die andere Niere erkrankt ist.

Nierenkarzinom im Kindesalter (Ein kasuistischer Beitrag), von Robert Pricic-Zagreb. S. 9. Stark abgemagertes 11jähr. Mädchen. Exstirpation. Der Tumor, der mit den Nierenresten 1430 g wog, zeigte histologisch ein tubuläres Adenokarzinom, das vom exkretorischen fötalen Nierenanteil ausging. Heilung.

Über die operative Behandlung von Samenblasentuberkulose, von Theodor Hryntschak, Wien. S. 17. Die Samenblasen sind an dem Kreuzungspunkt des uropoetischen und urogenitalen Systems besonders leicht tuberkulös infiziert. Im uropoetischen System ist eine Infektion nur deszendierend, wenn nicht mechanische Hindernisse den Abfluß behindern, oder eine Insuffizienz des Ureterverschlusses die Aszendenz begünstigen. Im urogenitalen System kann die Infektion sich testipetal und testifugal ausbreiten. Während die testifugale Ausbreitung schon lange anerkannt ist, wird die testipetale auf dem Wege, daß primär ein Verschluß der Samenleitermündungen und dann eine Aszendenz als Folge dieser Stauung angenommen wird, neuerdings ebenfalls anerkannt. Wie die Literatur zeigt, macht die Samenblasentuberkulose nur geringe Symptome. Besteht eine Hoden- oder Nebenhodentuberkulose und eine geringe Schmerzhaftigkeit, oder auch nur Verdickung der Samenblasen, so muß eine Samenblasentuberkulose angenommen werden. Da es erwiesen ist, daß bei 66 Fällen von Miliartuberkulose oder Meningitis tuberculosa in 70% der Fälle sich eine Samenblasentuberkulose fand (Sussig), so glaubt Verf., daß bei der auch sonst häufig beobachteten Gefahr der Peritonealtuberkulose nach Samenblasentuberkulose die Indikation zur Exstirpation einer erkrankten Samenblase gegeben ist, um so mehr, als die Mortalität der von Völcker angegebenen Operationsmethode eine geringe, bei sehr günstigem Resultat ist. Bei der oben schon erwähnten Gefahr einer

Digitized by Google

miliaren Aussaat und einer tuberkulösen Meningitis ist die bloße Entfernung der erkrankten Nebenhoden nicht ausreichend. Es müssen auch bei sicher festgestellter tuberkulöser Erkrankung der Samenblasen diese entfernt werden. Bei der bisher noch geringen Verbreitung der Völckerschen Operationsmethode kann man die Exstirpation der palpatorisch nicht veränderten Samenblase noch nicht allgemein anraten.

Die Bedeutung der Zystoradioskopie für Diagnose und Therapie in der Blasenchirurgie, von D. Eisenstädter - Zagreb. S. 38. Zur Diagnose von Veränderungen der Blase im Sinne der Mißbildung, bei Divertikelbildung und bei Geschwülsten bietet die Füllung der Blase mit Jodkalium oder 10—20%iger Bromnatriumlösung und nachfolgender Durchleuchtung ein leichtverständliches, gutes Bild.

A. Rosenburg - Berlin.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1922, Bd. 3, H. 1.

Ätiologische Beobachtungen über die Pellagra mit fünf noch nicht herausgegebenen Beobachtungen (Considérations étiologiques sur la Pellagre avec 5 Observations inédites), von J. Nicolas, G. Massia und D. Dupasquier. S. 1—18. Die Verff. erkennen die von anderen Autoren aufgestellten verschiedenen Typen der Pellagraerkrankungen nicht an, so z. B. nicht den Unterschied zwischen der Pellagra und den pellagraähnlichen Erythemen. Sie stützen sich dabei auf die persönlichen Erfahrungen von L. Sambon, der die Pellagra an Ort und Stelle daraufhin studiert hat, ob sie in den verschiedenen Ländern bemerkenswerte klinische Unterschiede bot, was jedoch nicht der Fall war. Die Verff. betonen, man sollte eher von einem Pellagra-Syndrom sprechen, wofür sie zum Beweis fünf Fälle anführen. Alle fünf Fälle gingen einher mit Erythemen der Hände und des Halses mit ausgesprochenen nervösen Krankheitszeichen der Asthenie und psychischen Verstimmungen besonders melancholischer Natur, zum Teil auch mit Lähmungen und schließlich auch mit Verdauungsstörungen, wie Appetitlosigkeit und Diarrhöen. Alle fünf betrafen Frauen (drei in den dreißiger, zwei in den sechziger Jahren), die in den dürftigsten Verhältnissen lebten und deren Ernährung monatelang recht einförmig war, dabei aber in keiner Form Mais. In drei Fällen kam noch Alkoholabusus hinzu. Alle Fälle genasen unter zweckentsprechender Ernährung. Im Anschluß daran geben die Verff. eine Übersicht über die verschiedenen Theorien, die über die Entstehung der Pellagra aufgestellt sind. Keine von diesen erklärt einwandfrei die Ursache dieser sonderbaren Krankheit, so daß es noch weiterer Forschungen bedarf.

Neurofibromatose-Akromegalie (Neuro-Fibromatose-Acromégalie), von Escher. S. 19—23. Es wird über einen Fall von Zusammentreffen von Neurofibromatose mit Akromegalie bei einem 20jährigen Landmann berichtet. Ätiologie unbekannt. Der Fall bietet insofern besonderes Interesse, als er einen Beitrag zur Erklärung der Feindelschen Hypothese liefert, nach der für das Zustandekommen beider Erkrankungen die fötale Mißbildung des Ektoderms anzuschuldigen ist. Die Ursache für die fötale Mißbildung wiederum erblickt der Verf. in der hereditären Syphilis, die der Fall zeigt. Auch möchte der Verf. die Syphilis in erster Linie als Ursache der Neurofibromatose in Erwägung gezogen wissen.

Subakuter Lupus erythematodes mit totalem Haarschwund (Lupus Erythémateux subaigu avec Alopécie totale), von L. Chatellier. Beschreibung eines Falles von subakutem Lupus erythematodes mit totalem Haarschwund, der einen kasuistischen Beitrag liefert zu den von Jadassohn, H. G. Fox, Roth, Verrotti u. a. beschriebenen Fällen.

Bartflechte vom Keriontyp, die durch intravenöse Einspritzungen mit Lugolscher Lösung schnell geheilt wurde (Trychophytie de la Barbe, à type de Kérion, rapidement guérie par des injections intraveineuses de Solution de Lugol), von P. Ravaut und Boulin. S. 30—32. Die Heilung erforderte nur 14 Tage. Es wurde täglich eine Einspritzung gemacht. Man beginnt mit 1 ccm einer Verdünnung von 1 : 20 Lugolscher Lösung in physiologischem Serum und steigt täglich um 1 ccm bis zu 5 ccm. Diese Dosis wird zweckmäßig nicht überschritten. Im beschriebenen Falle fiel die Temperatur von 38—39° nach der ersten Einspritzung zur Norm ab. Nach der

Digitized by Google

vierten gingen die entzündlichen Erscheinungen (Ödem, Trismus, Eiterung) zurück. Bei der achten Spritze war die Vernarbung schon im vollen Gange. Als Nachteil der Methode wird angegeben, daß zuweilen eine Thrombose der benutzten Vene entsteht. Sonst aber empfiehlt sich diese Behandlungsart gerade für die eitrigen Formen der Bartflechte. Der sehr zu beachtende Vorteil ist auch der, daß die Heilungsdauer wesentlich abgekürzt wird.

1922, Bd. 3, H. 2.

Beitrag zum Studium der anormalen Lichenifikationen. Die chronische, knotenförmig umschriebene Lichenifikation. (Contribution à l'étude des Lichénifications anormales, La Lichenification circonscrite nodulaire, chronique), von L. M. Pautrier. S. 49—62. Einleitend weist der Verf. auf die drei Epochen hin, die die Klinik der Lichenifikation erlebt hat. Im ersten Zeitabschnitt ist der Begriff des Lichen seitens der alten französischen und englischen Dermatologen derart weit gefaßt, daß Krankheiten, wie Prurigo simplex, Urtikaria, Prurigo Hebrae, Keratosis pilaris usw. dazugerechnet werden. Dank der Arbeiten von Hebra und Kaposi, die die zweite Epoche bedeuten, wurde die Bezeichnung Lichen nur für den Lichen ruber planus und seine Abarten gebraucht. Gegen diese ganz gewaltige Einschränkung des Lichenbegriffes wendet sich 1886 Vidal mit einer Arbeit und leitet damit die dritte Epoche ein, die vornehmlich von den Arbeiten von Brocq und Jacquet, besonders von denen des ersteren erfüllt ist. Brocq hat das klassische Syndrom der Lichenifikation gezeichnet, das auch den anormalen Typen der Lichenifikation genügend Raum gewährt. Der Verf. läßt dann die Beschreibung eines solchen Typs, des Lichen obtusus corneus (2 Abbildungen) folgen. Dieser Fall, der eine Frau betraf, ist dadurch ausgezeichnet, daß nicht wie gewöhnlich nur die oberen und unteren Gliedmaßen, sondern der ganze Körper mit Ausnahme der behaarten Kopfhaut befallen war. Die Erkrankung bestand schon 23 Jahre. Die Hauterscheinungen waren folgende. Aus normal aussehender Haut heraus erhoben sich 5 bis 15 mm hohe, bis haselnußgroße runde Knoten, von denen an einem Arm etwa 82 gezählt wurden. Jeder Knoten war von dem andern durch einen genügend großen Saum gesunder Haut getrennt. Die Oberfläche der Knoten war rauh und mit trockenen, grauen, sehr fest haftenden Schuppen bedeckt. Neben diesen typischen Knoten bestanden in der Nasenmundgegend noch stecknadelkopfgroße, rosarote bis braunschwarze Knötchen, umgeben von abgeschwächten Lichenifikationserscheinungen, die zusammen mit ersteren nach Ansicht des Verf. das Anfangsstadium der großen Knoten darstellen. Begleitet wurde die Erkrankung von schier unerträglichen Juckreizanfällen. Die Dermatose gebraucht Jahre zu ihrer Entwicklung. Eine Schädigung des Allgemeinbefindens tritt nicht ein, abgesehen von der Erschöpfung nach den Juckreizkrisen. Die in einem weiteren Abschnitt kurz gegebene Literaturübersicht zeigt, daß auch heute noch nicht eine einheitliche Bezeichnung für die Lichenifikation besteht. Im dann folgenden Abschnitt bringt der Verf. eine Gegenüberstellung der Klinik und Histologie (3 Abbildungen) vom Lichen planus zum Lichen obtusus. Das Ergebnis dieser vergleichenden Aufstellung faßt er in folgenden Schlüssen zusammen. Der Lichen obtusus ist völlig verschieden vom Lichen Wilson. Er bietet niemals so eigentümlich elementare Formen wie letzterer. Die voluminösen Knoten des Lichen obtusus sind nicht eine Umformung der Papel des Lichen planus, sondern entstehen unter dem Bilde einer banalen Lichenifikation. Die Entwicklung dauert jahrelang. Das Jucken ist nicht eine Begleiterscheinung wie beim Lichen planus, sondern immer der Ausbildung der Papel vorausgehend. Alle klinischen Merkmale des Lichen obtusus corneus sind eher denen der Lichenifikation angenähert. Das gleiche gilt auch von seinem histologischen Bilde. Nach Vorschlag des Verf. wäre es zweckmäßig, für das geschilderte Krankheitsbild die Bezeichnung: „Chronische knotig umschriebene Lichenifikation" anzunehmen.

Die Trennungen der pathologischen Reaktionen der Gehirn-Rückenmarksflüssigkeit bei der Syphilis des Nervensystems (Les Dissociations des Réactions pathologiques du Liquide céphalo-rachidien dans la Syphilis nerveuse), von Cestan und Riser. S. 63—75. Der Aufsatz, der eine reiche Kasuistik einschlägiger Fälle enthält, ist nicht zu einem kurzen Referat geeignet.

Plattenförmig verstreute Hautatrophie tuberkulösen Ursprungs (Atrophie cutanée en Placards Disséminés d'origine tuberculeuse), von Chatelliер. S. 76—79. Bei einem 20jähr. Landmann atrophische Hautpartien hauptsächlich an Brust, Bauch und Flanken, zwei- bis fünffrankstückgroß, teils rund, teils länglich oval, die Farbe braun bis violett. Zwischen den Flecken befanden sich Papeln von Stecknadelkopf- bis

Digitized by Google

Linsengröße, die perlmutterartig glänzten. Sie waren verteilt über Brust und Bauch, vereinzelt auch über Rücken, Schenkel und Gesäßbacken. Nach seiner Angabe litt der Kranke seit etwa 8 Jahren daran. Damals bildeten sich zuerst Knötchen, die vereiterten und innerhalb von 14 Tagen vernarbten und weiße Flecke und Papeln zurückließen. Innerhalb der ersten fünf Jahre traten noch mehrfach neue Krankheitsschübe auf, um dann endlich abzuheilen und das Bild zu hinterlassen, wie es oben beschrieben. Familienanamnese o. B. Er selbst hatte mit 11 Jahren einen leichten Scharlach. Später Lungenspitzenkatarrh, auf Grund dessen er aus dem Militärdienst entlassen wurde. Die histologische Untersuchung der erkrankten Hautstellen ergab Verdünnung des Epithels in allen seinen Schichten ohne Parakeratose der Hornschicht. Die Papillen waren teilweise verstrichen, teilweise nur mangelhaft gezeichnet. Besonders fällt auf der Schwund des elastischen Gewebes der Papillarkörper. Im Unterhautzellgewebe um die Gefäße herum Zeichen abgelaufener Entzündung.

Vorübergehend positive und schwankende WR im Verlaufe der Lymphogranulomatosis inguinalis subacuta genannten Krankheit der Leistendrüsenknoten (Réaction de Bordet-Wassermann passagèrement positive et oscillante au cours de l'affection dite Lymphogranulomatose inguinale subaigue des Ganglions de l'aine), von P. Ravaut und Rabeau. S. 80—86. Die Verff. konnten 23 Fälle dieser Erkrankung in einem Jahre beobachten, von denen drei eine vorübergehend positive WR zeigten. In keinem dieser Fälle konnten je trotz aufmerksamster Beobachtung Zeichen für das Vorliegen einer Syphilis gefunden werden. In allen drei Fällen war die WR zunächst positiv, um mit Abklingen der Krankheitserscheinungen negativ zu werden, ohne daß eine spezifische Behandlung erfolgt wäre. In zwei Fällen davon traten gelegentlich neuer Nachschübe der Lymphogranulomatose wieder positive WR auf. Die drei Fälle zeigen, daß die Lymphogranulomatose zu der Reihe von Krankheiten gehört, bei denen + WR mitunter vorkommen kann, ohne daß es sich um eine Syphilis handelt. F. Quasig-Hamburg.

Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie.

1921, Bd. 21, H. 11.

Über das Lupoid oder das sogenannte Sarkoid, von Takeya-Sendai (Autoref.). Erste Beschreibung der Affektion in der japanischen Literatur. Eingehende Schilderung des Verlaufs und des Bildes zweier Fälle mit mikroskopischer Untersuchung. Im einen Falle Beginn auf der Wangenschleimhaut, monatelang vor der Erkrankung der äußeren Haut. Verf. möchte die Erkrankung als selbständige pathologische Entität aufgefaßt wissen, da direkte und sichere Beziehung zur Tuberkulose oder Neubildung nicht vorhanden sind.

Die Negativität der Wassermannschen Reaktion und ihre Bedeutung, von R. Tsuji-Tokio (Autoref.). Verf. hat Versuche angestellt, um Abstufungen in der Feinheit der Negativität der WR festzustellen, indem er die Dosis des Antigens gegenüber der Originalvorschrift wesentlich vermehrte. Nimmt er statt Patientenserum physiologische Kochsalzlösung, so ist das Resultat „absolute Negativität". Bei gesunden und nichtluetischen Fällen stellte er „normale Negativität" fest, die der absoluten sehr nahe steht. Bei Lues primaria seronegativa und bei negativ gewordenen Fällen aller Luesstadien konstatierte er teils normale, teils etwas schwächere Negativität (geringe Positivität); das letztere nennt er „luetisch pathologische Negativität". Er spricht diese pathologische Negativität als ein verborgenes Zeichen später auftretender Rezidive an; die Prozentzahlen derselben entsprechen etwa den Rezidivzahlen des I. und III. Stadiums. Es muß also bis zum Eintreten der „normalen Negativität" behandelt werden; das gelingt durch die antiluetische Kur besonders im I. Stadium leicht mit relativ wenigen Salvarsanspritzen, während es im Spätstadium schwieriger ist und dann noch bezüglich Rückschlag unsicher. Bei 30 seronegativen Leprakranken fand er bei 11 ebenfalls „pathologische Negativität". F. Hirsch-Ulm.

Digitized by Google

Bücherbesprechungen.

Zystoskopischer Atlas, von E. Wossidlo. (Verlag Engelmann, Leipzig 1921, 2. Auflage.) Die im September erschienene 2. Auflage des zystoskopischen Atlas von Wossidlo weist textlich gegenüber der ersten Auflage insofern Veränderungen auf, als der Theorie der zystoskopischen Optik ein weiterer Raum gewährt ist. In diesem Abschnitt sind von Dr. Hartinger-Jena in eingehender Weise die physikalischen Grundlagen des Zystoskops auseinandergesetzt. Die Ausführungen sind klar und auch dem Nichtphysiker gut verständlich. Es folgt eine Beschreibung der gebräuchlichsten zystoskopischen Systeme und Hilfsapparate und der zystoskopischen Technik. Nach kurzgehaltener Beschreibung des zystoskopischen Bildes der normalen Blase werden auf 40 Seiten der doppelte Harnleiter; Blasendivertikel und Balkenblase; akute und chronische Zystitis; Pyelitis und Pyonephrose, Nieren- und Blasentuberkulose, entzündliche Blasentumoren, Blasenpapillome, Blasenkarzinome, seltenere Tumoren der Blase, Ureterdivertikel, Blasensteine und Fremdkörper der Blase nach pathologischer Anatomie, Ätiologie, Symptomatologie, Diagnose und Therapie abgehandelt. Von den Krankheiten der Prostata werden Hypertrophie und maligne Prostatatumoren kurz beschrieben. Recht kurz ist die Urologie der weiblichen Blase behandelt. Verf. weist in diesem Zusammenhange auf das vorzügliche Werk von Schöckel ausdrücklich hin. Im allgemeinen hat der Text keine nennenswerten Veränderungen gegenüber der 1. Auflage erfahren, er erfüllt bei aller Knappheit seine Aufgabe als Grundriß und zur Erklärung der Abbildungen vollkommen. Auf letztere ist, wie bei einem Atlas selbstverständlich, das Hauptgewicht gelegt; sie sind nicht unwesentlich vermehrt (62 Tafeln) und an Wahrheit und Bildhaftigkeit der Wiedergabe ganz unübertroffen. Die Ausstattung des Buches ist als gut zu bezeichnen; seine weitere Verbreitung wünschenswert.

F. Rosenberger-Hamburg.

Die Geschlechtskrankheiten, ihr Wesen, ihre Erkennung und ihre Behandlung, von Karl Zieler. (Georg Thieme, Leipzig 1922, 2. vermehrte Auflage, 184 S., 17 Abbildungen im Text und 1 Tafel. M. 30.—.) Zielers Werk ist wirklich im besten Sinne das, was es seinem Untertitel gemäß sein soll: ein Grundriß für Studierende und Ärzte. In übersichtlicher Form alles Wesentliche klar hervorhebend und sich von einseitiger Stellungnahme fernhaltend, handelt der Verf. die Blennorrhoe, das Ulcus molle und die Syphilis in einer für diesen Zweck vorbildlichen Form ab und berücksichtigt besonders stets Diagnose und Therapie. Alles in allem: ein empfehlenswertes Buch, das den Erfolg haben wird, den es verdient. E. Sklarz-Berlin.

Geschlechtskrankheiten, von Robert Otto Stein, mit 32 Farbdrucktafeln, 74 Moulagen und 15 Textabbildungen, von Karl und Theodor Henning. (J. F. Lehmanns Verlag, München 1922. Geh. M. 90.—, gebd. M. 110.—.) Neue Lehrbücher werden stets von den Interessenten dankbar begrüßt, insbesondere wenn das Bestreben vorliegt, die Krankheitserscheinungen — soweit angänglich — durch Bilder dem Leser und Studierenden vor Augen zu führen. Wenn die Abbildungen gut sind und wenn es gelingt, Farben und das einzelne Symptom naturgemäß wiederzugeben — was für Erkrankungen der Haut von ungeheurem Wert ist —, so wird das Interesse für den Lernenden und wissenschaftlich Denkenden ganz besonders wachgerufen. Hierzu kommt noch die Einteilung des Stoffes, die allmähliche Entwicklung des Krankheitsbildes, die ausführliche Beschreibung des einzelnen und schließlich neben den neuesten Forschungsergebnissen — die Therapie. Alle diese Bedingungen sind im vorliegenden Buche voll und ganz erfüllt. Die Verff. schöpfen aus den reichen Erfahrungen, die sie in den Instituten hervorragendster Forscher auf diesem Gebiete gesammelt haben; mit bewunderungswürdigem Geschick verstehen sie die einzelnen Phasen dem Leser vor Augen zu führen, und durch die ausgezeichnete Illustration erster Künstler alle Hauterscheinungen so darzustellen, daß der Studierende dadurch sein Ziel, sich das Krankheitsbild in den verschiedenen Stadien einzuprägen, erfüllt sieht, der Arzt aber die Richtlinien in der Behandlung des sich ihm Anvertrauenden findet. Es erübrigt sich, des Näheren auf das Werk einzugehen. Der Referent kann nur wünschen, daß das Buch in die Hand jedes Fach- oder Allgemeinmediziners gelangt. W. Chrzelitzer-Waldenburg (Schlesien).

Hautkrankheiten und Syphilis im Säuglings- und Kindesalter. Ein Atlas, herausgegeben von H. Finkelstein-Berlin, E. Galewsky-Dresden, L. Halberstaedter-Berlin. (Julius Springer, Berlin 1922.) Das Buch wird mit seinem reichen Inhalte und in seiner vornehmen Ausstattung dem Haut- und Kinderarzte und auch dem Allgemein-

Digitized by Google

praktiker willkommen sein und sich in der Praxis als trefflicher Berater bewähren. Die Hautkrankheiten und die Syphilis des Säuglings- und Kindesalters können zu den Grenzgebieten der Medizin gerechnet werden, die, besonders bei der immer fortschreitenden Zersplitterung des Materials in der Großstadt, dem Vertreter eines Spezialgebietes Schwierigkeiten bereiten. Daß nicht alle Bilder gleich gut geraten sind, betonen die Verff. selbst; jedenfalls treten die nicht ganz wohlgeratenen hinter den als hervorragend zu bezeichnenden in den Hintergrund. Für eine zweite Auflage, die wir dem Werke recht bald wünschen, können die Verff. vielleicht noch manches in dieser ersten Vermißtes nachtragen, z. B. Lichen ruber planus, Erythrasma, Eczema marginatum, auch weitere Bilder von Erscheinungen der Mundschleimhaut und der Zunge. Um die äußere Form des Buches hat sich der bewährte Verlag in mustergültiger Weise verdient gemacht, nur eine Reihe störender Druckfehler, auch im Inhaltsverzeichnisse, bedarf der Ausmerzung. E. Levin-Berlin.

Rezepttaschenbuch für Dermatologen, von Carl Brück. (Julius Springer, Berlin 1922; 156 S. durchschossen. M. 48.—.) Das neu erschienene Rezepttaschenbuch Brücks bietet in zwei Abteilungen einmal eine Übersicht über die wichtigsten dermatologischen Arzneimittel in alphabetischer Reihenfolge, zweitens eine ebenfalls alphabetisch geordnete Zusammenstellung der hauptsächlich für den Dermatologen in Betracht kommenden Erkrankungen unter Angabe der für diese wichtigsten Medikamente. Ein Anhang umfaßt die wichtigsten Maximaldosen für den Erwachsenen und die Dosierungsmaße. Das durch seine gute Zusammenstellung, die reiche Fülle seines Inhalts (erwähnt sei besonders die Wiedergabe der Unnaschen Magistralformeln) und seine trotz der Wohlfeilheit mustergültige Ausstattung seitens des Springerschen Verlages ausgezeichnete Büchlein verdient beste Empfehlung und wird sich bald einen großen Freundeskreis sichern. E. Sklarz-Berlin.

Die innere Sekretion. Eine Einführung für Studierende und Ärzte, von Arthur Weil-Halle. (Julius Springer, Berlin 1922, 2. verbesserte Auflage.) Der Erfolg der ersten Auflage wird am besten durch die Notwendigkeit, schon nach Jahresfrist eine zweite Auflage herausgeben zu müssen, gekennzeichnet. Diese zweite verbesserte Auflage zeigt eine Anzahl Bilder und graphischer Darstellungen, die den leicht und flüssig geschriebenen Text noch verständlicher machen. Alle Neuerungen auf dem Gebiete der inneren Sekretion sind berücksichtigt. Bei Schilddrüse und Epithelkörperchen finden wir die neuesten Resultate der Implantationsversuche, bei den Keimdrüsen ist der Begriff der „männlichen Pubertätsdrüse" durch die anatomische Bezeichnung der Leydig-Zellen ersetzt. Aufgeführt sind auch die neuesten Kastrations- und Hodentransplantationsversuche an Tieren (Morgans und Berblinger) und Menschen (Lydston und Stabel). Besonders lesenswert sind die Abhandlungen über die Wechselbeziehungen zwischen innerer Sekretion und Psyche, wenn auch diese Beziehungen nur in kurzer Form angedeutet werden, da sie, um nicht die Übersicht zu erschweren, nur in ihren Ergebnissen angeführt werden, die breitere Ausführungen aber der psychiatrischen Spezialliteratur überlassen wird. Auch die Konstitutionsanomalien, besonders der asthenische Habitus, sind auf innersekretorisches Versagen im Sinne des Eunuchoidismus zurückzuführen. Wer auf dem Laufenden in den Fragen der inneren Sekretion bleiben will, dem bringt das Büchlein alles Notwendige. Das große Handbuch von Biedl ist bei dem heutigen Preis wohl nur noch in den Lesezimmern dem einzelnen zugängig. A. Rosenburg-Berlin.

Entstehung des Menschen und Regeln für das Geschlechtsleben der Jugend, von Stelz, Frankfurt a. M. (Joh. Ambr. Barth, Leipzig 1921. 31 Seiten. Preis M. 3.60.) In kurzen, doch übersichtlichen und allgemeinverständlichen Worten bespricht Verf. das Thema. Er beschreibt das Wesen der Fortpflanzung an Hand eines Beispiels aus der Pflanzenwelt. Dann geht er auf die Beschreibung der männlichen und weiblichen Geschlechtsorgane, die Befruchtung des Eies, sowie die Entwicklung des Eies unter Hervorhebung der Hauptentwicklungsabschnitte ein und streift schließlich den Geburtsvorgang selbst. Zum Schluß beleuchtet er die Zeichen der geschlechtlichen Reife beim Knaben und Mädchen, gibt Anleitungen für ein geordnetes Geschlechtsleben, dessen Bedeutung für die Erhaltung eines kräftigen, gesunden Geschlechts er hervorhebt. Ganz kurz verweist Verf. auch auf die schädlichen, unheilvollen Folgen der Geschlechtskrankheiten. Dem Schriftchen sind 36 veranschaulichende Skizzen beigegeben. G. Kapferer-Heidelberg.

Gesetzgeberische Sexualdiktatur, von Rudolf Spuhl-Berlin. (Selbstverlag 1922. 16 S.) Der Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 8. II. 22 gab

Digitized by Google

den Anlaß zu dieser lauten und eindringlichen Warnung, die gleichzeitig die D. G. z. B. d. G. und ihre Arbeitsweise angreift, ohne sie zwar wirklich treffen zu können. Die medizinische, juristische, wirtschaftliche und wohl auch sittliche Unmöglichkeit des Gesetzes versucht Spuhl — nicht immer ohne Erfolg — bes. an § 3, 4, 5, 7 und 8 des Entwurfs nachzuweisen. Wenn auch mancher Einwand vom Gesetzgeber noch durchgedacht und berücksichtigt werden muß, so sind einzelne Punkte vom Verf. z. T. so weit hergeholt, unberechtigt und oft unklar, daß ihre Widerlegung im Rahmen eines kurzen Referates überflüssig ist. Vorläufig kommen wir ohne Zwangsmaßnahmen nicht aus, wenn überhaupt einmal die Geschlechtskrankheiten, die doch wohl weiter verbreitet und in ihren gesundheitlichen, wirtschaftlichen und sittlichen Folgen schädlicher sind als Verf. annimmt, energisch bekämpft werden sollen.

E. Dethleffsen-Heidelberg.

Krankheit, Vererbung und Ehe, von Heinr. Victor-Klein. Wien (Verl. Franz Deuticke, Leipzig und Wien 1921. 232 S.) Einfache gemeinverständliche Sprache, Klarheit des Inhalts und Vermeidung von Weitschweifigkeit trotz lückenloser Behandlung des so aktuellen Stoffes sind die allgemeinen Vorzüge des außerordentlich lesenswerten Büchleins, lesenswert besonders für den, der selbst Gelegenheit hat, belehrend und aufklärend in weiteren Kreisen zu wirken. K. beginnt mit einer Abhandlung über Krankheit und Vererbungsbegriff. Es folgen Kapitel über die Geschichte der Ehe und Rassenhygiene; sodann eine wertvolle Abhandlung über Einflüsse von Klima auf Geschlechts- und Eheleben, Kolonisationswirkungen und Rassenkreuzung, und als letztes Kapitel des allgemeinen Teiles eine Besprechung der Einflüsse der Blutsverwandtschaft auf Ehe und Nachkommenschaft. Im zweiten Teil werden nacheinander alle die Erkrankungen besprochen, die von Einfluß auf das Eheleben und den Eheberuf sind. Der originellste ist der dritte Teil, der sich mit den Folgerungen aus dem besprochenen Tatsachenmaterial befaßt. Er enthält 3 Abhandlungen, über „Sexuelle Aufklärung und Erziehung", über „Sexualethik und Ehereform" und über „Geburten-Rückgang und Arterhaltung (Eugenik und Rassenhygiene)". Sehr mit Recht betont Verf. von neuem, wie wichtig die Aufklärung der Erwachsenen, vor allem aller derer ist, die die Jugend zu beeinflussen berufen sind. Notwendigkeit einer vernünftigen Ehereform, einer Reform des Abtreibungsparagraphen, einer Reform der Ehescheidungsgesetze. Anschließend folgen Erörterungen über Geburtenrückgang (Sozialpolitik, Kriegsfolgen), Malthusianismus, Notwendigkeit der Sozialreform, Rassenhygiene und Eugenik („Präventivmethoden" für eine zweckmäßige Geburtenregelung). Sexualethische und sexualästhetische Forderungen als Grundlage der Eugenik, deren Probleme eingehend erörtert werden (Wohnungs-, Seuchen-, Kleinkinderfürsorge, Junggesellensteuer zugunsten kinderreicher Familien, Geburtenprämien). Ein Schlußwort betont die Notwendigkeit rein biologischer Grundlage für alle diese Probleme. Der dritte und reichhaltigste Teil des Buches, der hier nur andeutungsweise besprochen werden konnte, setzt beim Leser mehr Vorkenntnisse und Kritik voraus und kann nach Ansicht des Referenten unschwer zu unbeabsichtigten Mißverständnissen führen und vielleicht dadurch Schaden anrichten. Das kann aber das eingangs abgegebene Werturteil über das Buch im ganzen nicht beeinträchtigen.

F. Hirsch-Ulm.

Die Prostitution in Europa, von Abraham Flexner. Ins Deutsche übertragen von M. Wolff. Mit einem Vorwort von Prof. Blaschko. (Walther Fiebigs Verlag. G. m. b. H., Berlin SW 68, 1921.) Die Verhandlungen über das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten sind endlich wieder aufgenommen worden. Zur rechten Zeit erscheint da die deutsche Übersetzung von Flexners „Prostitution in Europe"[1]), wodurch das hervorragende Werk dem großen Publikum zugänglich gemacht wird. Was ist das Hervorragende dieses Buches? In einem Kampf von Weltanschauung gegen Weltanschauung, in einem Kampf, dessen Hauptargumente von überlieferten und überwundenen Ideen und Gefühlen gespeist wurden, erscheint dieses Buch, nicht wertend und verurteilend, sondern objektiv darstellend, logisch schließend, beweisend. Jeder Gebildete und ganz besonders jeder Arzt hat die Verpflichtung, dieses Buch zu lesen, denn es ist heute nicht mehr das Privileg eines kleinen Kreises von Wissenschaftlern, sich mit dem Gebiet der Prostitution und der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zu beschäftigen, wir haben es hier mit einer Volksfrage zu tun, und die allgemeine Interesselosigkeit, die mit schuld daran ist, das wir in Deutschland mit der Lösung der Fragen seit Jahren

[1]) Siehe die Besprechung der engl. Ausgabe in Bd. 58, 1914, dieser Zeitschrift: Hedwig Weidemann, Ein amerikanischer Gelehrter über die Prostitution in Europa.

Digitized by Google

nicht weiter kommen, muß nun endlich gründlich aufhören, zu lähmen und zu hemmen. Flexner kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu dem Schluß, daß die Reglementierung nirgends dazu beigetragen hat, die hygienischen oder ordnungspolizeilichen Zustände günstiger zu gestalten. Von der Reglementierung sind nicht zu trennen Polizeiwillkür und Polizeibestechung, der negative hygienische Wert der Präventivkontrolle (die ja allein schon deshalb zur Nutzlosigkeit verurteilt ist, weil sie 1. nur die Frau trifft und nicht den Mann, 2. nur einen beschränkten winzigen Bruchteil aller gefährdenden Frauen erfassen kann) wird mit nicht zu widerlegender Logik bewiesen. Welcher vorurteilslose Mediziner, der heute noch zum Reglementarismus neigt, weil er ihn aus sozialhygienischen Gründen für notwendig hält, kann sich diesen Argumenten verschließen? Als wesentlichsten Einwand gegen das herrschende System bringt Flexner die Verwirrung in den Köpfen der Bevölkerung, besonders in denen der betreffenden Mädchen, welche durch die staatliche Konzessionierung des Lasters hervorgerufen wird. Er sagt da wörtlich: „Die Prostituierte glaubt, daß sie ein Gewerbe ausübt, das von der Gesellschaft reglementiert wird, daß die Gesellschaft nur Regeln zur Durchführung des Geschäfts vorschreibt. Es gibt daher keine traurigere Widersinnigkeit als die, welche in den Sittenbureaus, z. B. Berlins, Münchens, Budapests (Hamburgs, Altonas usw. D. Ref.), geboten wird, wo eine soziale Arbeiterin angestellt ist, um die Mädchen zu überreden, den Lebenswandel aufzugeben, während der Polizeibeamte im Nebenzimmer wartet, um die Laufbahn zu legalisieren, die das gutgemeinte, aber unwirksame Abreden zunächst zu verhindern gesucht hat. Die Erlaubnis, die in dem Bestehen der Reglementierung liegt, kreuzt die gesunde Stellungnahme, die in den Bemühungen liegt, das Mädchen von ihrem Laster zu bekehren." Flexner ist also auf Grund seiner Studien Gegner der Reglementierung, überzeugter Abolitionist geworden. Aber er betont nachdrücklichst, daß mit der Abschaffung der Reglementierung allein nichts geholfen sei. Abolitionismus ist nicht gleichbedeutend mit „laissez-faire"! Er teilt damit den Standpunkt der modernen deutschen Abolitionisten, die stets für sinnvolle positive Maßnahmen eingetreten sind. Eine hervorragende Bedeutung kommt der gutgeschulten Ordnungspolizei zu, welcher die Beaufsichtigung der Straßen obliegt. Straßenordnung ist eine Sache der lokalen Energie. Diesen Satz müssen sich alle diejenigen Polizeiverwaltungen angelegen sein lassen, welche glauben, daß die Abschaffung der Reglementierung unmögliche Straßenverhältnisse zeitigen würde. In allen Ländern, die die Abschaffung der Reglementierung durchgeführt haben, wurden gleichzeitig ausgesprochene gesetzliche Befugnisse geschaffen, die ein energisches Vorgehen gegen die Prostitution, soweit sie Ordnung und Anstand gefährdete, ermöglichten. Ein Vergleich mit reglementaristischen Großstädten zeigt, daß das abolitionistische London (City und Hafenstadt!) keineswegs schlechtere Verhältnisse aufweist in bezug auf Ordnung und Anstand als Paris, Berlin oder Wien. London hat keine Sittenpolizei, sondern die gewöhnliche Polizei beobachtet auch die Prostitution auf Grund strenger Vorschriften. London besitzt im Gegensatz zu den andern 3 Hauptstädten kein willkürliches Polizeiverfahren. Trotzdem werden die Verhältnisse Londons in wachsendem Maße besser. Jeder Satz des Flexnerschen Buches ist konzentrierter Inhalt. Nichts ist überflüssig, nichts unwichtig. Die deutschen Abolitionisten begrüßen das Werk als wesentlichen und bedeutungsvollen Mitkämpfer, sie gedenken in Dankbarkeit Alfred Blaschkos, der die Übersetzung veranlaßte und danken dem amerikanischen Bureau für Sozialhygiene, das durch eine großzügige finanzielle Unterstützung eine preiswerte Herausgabe des Buches ermöglichte. A. Blumenfeld-Hamburg.

Schönheitsrezepte der römischen Kaiserinnen, von R. Fiedler. (Mesch & Lichtenfeld, Berlin SO 26, 1921.) Das etwa 470 Seiten starke, zweibändige Werk ist in Form einer Plauderei gehalten, die der Verf. mit seiner Leserin führt. Unter dem Strich wird erwähnt, daß die von dem Verf. in Rumänien gesammelten Rezepte durch die Firma Roma-Bella, klassische Schönheitsmittel, G. m. b. H. in Berlin, hergestellt werden. E. Unna-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Neue Untersuchungen über Schmerzreaktionszeiten, insbesondere der motorischen Reaktion auf momentane mechanische Hautschmerzreize bei körperlich und geistig Gesunden, von C. A. Sonnenstein. (Diss., Giessen 1920.) 50 Versuchsreihen mit einem Nadel-Schmerzreizapparat (Algochronometer). F. Weiler-Leipzig.

Digitized by Google

Über die „lipoidspaltende" Funktion der Lymphozyten, von L. Aschoff und K. Kamiya-Freiburg. (D. m. W., 1922, Nr. 24, S. 794—796.) Die Bergelsche Theorie, wonach die Makrophagen der Bauchhöhle von den kleinen Lymphozyten abstammen und beide Zellarten auf lipoide Antigene spezifisch eingestellt sein sollen, wird widerlegt. Eine Phagozytose durch Lymphozyten konnte nicht nachgewiesen werden. Eiweiße und Kohlehydrate rufen ebenso wie Lipoide eine lymphozytäre Reaktion in der Bauchhöhle hervor. F. Harry-Berlin.

Beobachtungen an Lymphgefäßen und Lymphdrüsen: ihre Rolle in der Absorption fremder Teilchen und Tuberkelbazillen (Observations on the Lymphatics and Lymph Glands: Their Role in Absorption of Foreign Particles and Tubercle Bacilli), von P. T. Herring und F. G. Macnaughton. (Lancet 5153, S. 1081.) Die Lymphgefäße bilden ein geschlossenes System; die Lymphdrüse ist ein äußerst wirksamer Filter und läßt feste Teile nur hindurch, wenn sie in zu großer Zahl erscheinen, oder wenn sie funktionsunfähig geworden ist. Die Lymphozyten des lymphatischen Gewebes bilden ein mechanisches Hindernis gegenüber festen Teilchen und möglicherweise wird dieser Schutzwall vollständiger durch das Erscheinen von Fibroblasten und die Bildung fibrösen Gewebes. Die fremden Teilchen werden fest umschlossen, während die Lymphsinus offen bleiben für den Durchfluß der Lymphe. Die Tuberkelbazillen werden analog Teilchen chinesischer Tusche oder Karmin durch Phagozyten in die Lymphgefäße gebracht, um dann im lymphatischen Gewebe der nächsten Lymphdrüse abgelagert zu werden. Ein Teil der Bazillen scheint im weiteren Verlauf zerstört zu werden, ein anderer behält seine Lebensfähigkeit und vermehrt sich, so daß ein tuberkulöser Herd entsteht. Die Toxine der Tuberkelbazillen gehen von der Lymphdrüse in den Lymphstrom über und verursachen eine starke Lymphozytose in den anderen Lymphdrüsen, die die Lymphe passiert. Das Toxin geht den Bazillen voran und macht die Lymphdrüsen weniger durchgängig für diese, indem es sie mit Lymphozyten füllt. Beim Meerschweinchen, das mit Tuberkelbazillen vom bovinen Typ infiziert wird, ist der Verlauf ein progressiver. Die Erkrankung breitet sich auf dem Lymphwege von Drüse zu Drüse aus. — Der Schutz, den die Lymphdrüsen gewähren, scheint lediglich ein mechanischer zu sein, und die Drüse, in der Tuberkelbazillen durch fibröses Gewebe eingeschlossen sind, kann eine weitere Infektionsquelle werden, wenn aus irgend einem Grunde der Schutzwall zerstört wird. Für eine Neubildung von Lymphdrüsen bei Tuberkulose besteht kein Beweis.

R. Erichson-Kiel.

Bakteriologie, Serologie, Hämatologie usw.

Das Wesen der Giemsa-Färbung, von P. G. Unna-Hamburg. (Zbl. f. Bakt., Bd. 88, H. 2, S. 159—164.) Bei der Giemsa-Färbung, die aus der Romanowsky-Färbung (Methylenblau + Eosin) hervorgegangen ist, werden die Protozoenkerne rot gefärbt. Dieses metachromatische Rot ist das Anhydrid der Base des Dimethylthionins, eines Abbauproduktes des Methylenblaus, und wird Thiazinrot genannt. Die spezifische Rotfärbung der Protozoenkerne beruht darauf, daß das Eosin als Beize wirkt. Mit Hilfe dieser sauren Beize färbt nun das Thiazinrot, das zwar eine Farbbase ist, das basische Eiweiß der Protozoenkerne. Außerdem kommt noch dem Eosin eine verstärkende Wirkung bei der Färbung der Kerne durch Thiazinrot zu. F. Harry-Berlin.

Zum Ersatz der Lugolschen Lösung bei der Gram-Färbung, von K. Vierling-Frankfurt. (Zbl. f. Bakt., Bd. 88, H. 2, S. 169—170.) Verf. empfiehlt folgende Färbemethode als Ersatz für die Gram-Färbung. 1. In 100 ccm Anilin-Methylenviolett (1 Liter Wasser mit 30 ccm Anilin geschüttelt, filtriert, zum Filtrat 100 ccm konz. alkohol. Methylviolettlösung) gibt man 4 ccm 1% wäßrige Nachtblaulösung. Färbedauer ½'. Abspülen mit Wasser. 2. Aufgießen von Ammonpikrat (3 g Pikrinsäure in 200 ccm Wasser gelöst + 2,2 ccm 10% Ammoniak) ½'. Abtrocknen mit Fließpapier. 3. Entfärben mit 90% Alkohol. 2—10". 4. Sofortiges Abtrocknen des Alkohols. 5. Nachfärben mit einem Gemisch von Rhodamin und Neutralrot (0,2 g Rhodamin, 2 ASIa Höchst + 0,2 g Neutralrot in 100 ccm Wasser gelöst) oder mit Karbolfuchsin 1 : 20. 6. Abspülen. Trocknen. Die grampositiven Bakterien sind blauviolett, die gramnegativen rot gefärbt. Zur Färbung sind nur 24 Stunden alte Kulturen geeignet, alte werden leichter als bei Gram entfärbt. F. Harry-Berlin.

Über eine neue Methode der Blutzellen- und Blutparasitenfärbung, von H. Epstein-Moskau. (Zbl. f. Bakt., Bd. 88, H. 2, S. 164—166.) Verf. empfiehlt eine neue Methode zur Färbung von Blutzellen und Blutparasiten, die billiger als die bisher

Digitized by Google

üblichen Färbemethoden ist, leicht hergestellt werden kann, lange brauchbar ist und keine Schwankungen zeigt. Lösung A: 1,0 Lithium citricum + 100.0 Aqua destillata + 1.0 Toluidinblau, filtrieren. Lösung B: Gesättigte wäßrige Pikrinsäure. Färbevorschrift: 10—30′ Lösung A, abspülen mit Leitungswasser, dann 1—3″ Lösung B bis zur Grünfärbung, abspülen, trocknen. F. Harry-Berlin.

Eine einfache Methode zum Nachweise von Tuberkelbazillen in der Rückenmarksflüssigkeit (A Simple Method for Demonstrating Tubercle Bacilli in the Spinal Fluid), von Sheo-Nan Cheer-Boston. (J. Am. m. Ass., 1922, S. 1612.) Die Methode, die der Verf. gebraucht, besteht darin, der Spinalflüssigkeit $^1/_3$ Volumen 95%igen Alkohols hinzuzufügen. Infolge dadurch eintretender Verminderung des spezifischen Gewichtes sinken beim Zentrifugieren die Bazillen leichter zu Boden. Gleichzeitig wird durch den Alkohol ein wolkiger Eiweißniederschlag gebildet, der die Bazillen an sich reißt. Ein dritter Vorteil ist der, daß die zelligen Elemente fixiert werden, was ihre Zählung wiederum erleichtert. Die Technik besteht darin, daß zu 5 ccm der Spinalflüssigkeit $^1/_3$—$^1/_2$ des Volumens 95%igen Alkohols langsam hinzugesetzt wird. Dann wird vorsichtig geschüttelt, bis sich eine dünne Wolke bildet. Entsprechend der Dichtigkeit des Koagulums wird mehr oder weniger Alkohol hinzugefügt. Dann zentrifugieren $^1/_2$ Stunde lang, Abgießen der überstehenden Flüssigkeit und Verteilen des Koagulums auf Objektträger. Die Methode ist auch zur Auffindung von Tuberkelbazillen im Urin gebraucht worden. Hier ist zuerst notwendig, die Urinprobe zu zentrifugieren, um die Zellen abzusondern. Bei dem hohen spezifischen Gewicht des Urins sind nur wenige Bazillen im Sediment. Der überstehende Urin wird dann nach obiger Methode behandelt.
F. Quasig-Hamburg.

Die kolloidale Benzoeharzreaktion in der Zerebrospinalflüssigkeit (The Colloidal Benzoin Reaktion in the Cerebrospinal Fluid), von J. Henry Dible. (Lancet, Nr. 5153, S. 1090.) Es ist eine Reaktion analog der Langeschen Goldsolreaktion, die kürzlich von Gullain, Guy-Laroche und Lechelle angegeben worden ist. Der negative Ausfall der Reaktion trifft zusammen mit normalem Liquor cerebrospinalis; der positive Ausfall zeigt eine Veränderung der Zerebrospinalflüssigkeit an, die sehr wahrscheinlich luetischer Art ist, ein fraglicher Ausfall deutet auf einen pathologischen Liquor hin, läßt aber unsicher, welcher Art die stattgefundenen Veränderungen sind. R. Erichson-Kiel.

Über Vermehrung des Eiweißgehaltes im Liquor bei neuritischen Erkrankungen, von Paul Behncke. (Diss., Rostock 1919.) 10 Fälle von Erkrankungen peripherer Nerven, bei denen mit einer Ausnahme regelmäßig ein erhöhter Eiweißgehalt im Liquor gefunden wurde. Die Eiweißvermehrung beruht auf einem Ödem der Meningen als Folgeerscheinung einer Entzündung der Wurzeln in ihrem intraduralen Abschnitte.
F. Weiler-Leipzig.

Spezifische Sensibilisierung und Anaphylaxie (Specific Sensitiveness and Anaphylaxis), von H. H. Dale. (Brit. m. J., 14. 1. 1922.) Zusammenfassendes Referat über die Geschichte und das Wesen der Anaphylaxie, ihre Beziehung zur Immunität, über Sensibilisierung der Zellen, spezifische Sensibilisierung (toxische Idiopathien) und Beziehungen zu Krankheitsbildern, wie Asthma usw. Die gut geschriebene Arbeit bietet nichts wesentlich Neues. E. Sklarz-Berlin.

Beiträge zur Anaphylaxie- und Giftüberempfindlichkeitsfrage, von R. Otto-Berlin. (Zschr. f. Hyg. u. Inf.-Krkh., Bd. 95, H. 4.) Methodisch durchgeführte Versuche mit Meerschweinchen, eine Vererbung der Anaphylaxie gegen Pferdeserum durch den Vater nachzuweisen, haben ein negatives Ergebnis gehabt. Weitere Versuche mit Mäusen haben gezeigt, daß die Nachkommen gegen Toxine immunisierter Mäuseväter nicht immun sind, sondern im Gegenteil giftüberempfindlich sein können, wenn sie erst nach Abklingen der Immunität der Mutter geboren sind oder nach dem Verlust ihrer eigenen Antitoxine (die sie von der Mutter erhielten) geprüft werden. G. Assmann-Kiel.

Histologische Veränderungen im Gehirn von Meerschweinchen und Kaninchen bei primärer Antiserum-Giftigkeit und bei Einspritzung giftiger Normalsera (carotal-zentraler Einspritzung des Serums), von E. Friedberger und P. Schröder. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1922, Bd. 26, H. 3/6.) Es fanden sich bei „carotal-zentraler" Injektion entsprechender Seren bei Meerschweinchen und Kaninchen klinisch fast ausnahmslos Gleichgewichtsstörungen, Manegebewegungen gegen den Uhrzeiger und Rollbewegungen nach rechts, dazu Erlöschen des Lid- und Kornealreflexes — teilweise einseitig, einseitige Muskeltonusänderungen und Strabismen. Histologisch ließen sich Veränderungen in der Medulla oblongata — auch hier streng einseitig lokalisiert — nachweisen. E. Sklarz-Berlin.

Digitized by Google

Allgemeine Pathologie und Diagnostik.

Entzündung, allergische Immunität und Anaphylaxie, von D. KLINKERT-Rotterdam. (Kl. W., 1922, Nr. 14, S. 680.) Der Entzündungsprozeß ist das Mittel des Organismus, um an einer bestimmten Stelle eine Infektion zu überwinden. Nicht alle Gewebe, sondern nur Milz, Knochenmark und Lymphdrüsen sind die Bildungsstätten der spezifischen Antigene, die durch Leuko- und Lymphozyten, die Produzenten der spezifischen Fermente, an den Entzündungsherd gebracht werden, wobei die phagozytäre Immunität die Hauptrolle spielt, während die humorale nur durch einen Überfluß an Fermenten vorkommt, die von den Leuko- und Lymphozyten an das Blut abgegeben werden. Zu den Immunitätserscheinungen gehören alle Faktoren, die bei einer Infektion die beschleunigte Auswanderung der Leuko- und Lymphozyten ermöglichen. Ein wichtiger Teil der erworbenen Immunität ist die beschleunigte vasodilatatorische Reaktion, die das Wesen der Allergie ist. Das allergische Reagieren des immunisierten Körpers mit einer Entzündung bei Reinfektion ist zweckdienlich. Die erhöhte Reflex-Reizbarkeit des Gefäßsystems, d. h. die Allergie, wird vom Nervensystem beherrscht. Bei Reinfektion unter der Haut auftretende Entzündung und bei Reinjektion in die Blutbahn vorkommender anaphylaktischer Schock sind gleichwertige Erscheinungen. Die Anaphylaxie ist nur eine besondere Form der Allergie. E. Langer-Berlin.

Eine Nachprüfung des CONNHEIMschen Entzündungsversuches, von FRIEDRICH KAUFFMANN. (Dissertation, Kiel 1920.) Während bisher der CONNHEIMsche Entzündungsversuch so gedeutet wurde, als wenn die sämtlichen im Froschmesenterium auftretenden Zellen aus der Blutbahn stammten, zieht Verfassor den Schluß, daß die bei seinen Versuchen auftretenden ungranulierten Zellen zum mindesten in der überwiegenden Mehrzahl nicht hämatogener, sondern histiogener Herkunft sind.

F. Weiler-Leipzig.

Eine histopathologische Studie positiver Hautproben. Eine vorläufige Studie. (A Histopathologic Study of Positive Cutaneous Tests. Preliminary Study), von ALBERT STRICKLER-Philadelphia. (J. Am. m. Ass., 1922, Nr. 17, S. 1287—1289.) Verf. hat es unternommen, die Pathologie verschiedener Hautimpfproben zu studieren und die histopathologischen Ergebnisse miteinander zu vergleichen. Die Proben wurden angestellt mit Alttuberkulin, Luetin und Nahrungsmittelextrakten, über deren Herstellung Verf. ausführlich berichtet. Es kam ihm besonders darauf an, zu erforschen, ob auch die Nahrungsmittelproben bei der Hautimpfung ein spezifisches Resultat ergaben, wie es bei der Tuberkulinprobe nach PIRQUET und der Luetinprobe der Fall ist. Mit den beiden letztgenannten Impfstoffen wurden je 2 Personen behandelt und die Impfergebnisse makro- und mikroskopisch untersucht. Zur Untersuchung der Nahrungsmittelproben (nach bestimmtem Verfahren hergestellte Extrakte aus diesen, verdünnt mit sterilem destilliertem Wasser) wurden 3 Versuchspersonen gewonnen. Ein Pat. mit Acne vulgaris des Gesichts wurde mit einer Extraktlösung aus Kalbfleisch geimpft, ein Pat. mit Sycosis vulgaris mit einer solchen aus Bohnen, ein dritter mit Zellgewebsentzündung an beiden Händen mit einer Reisextraktlösung. In allen 3 Fällen wurde intrakutan geimpft. Die histopathologischen Befunde (dazu 2 Abbildungen) waren die, daß die PIRQUET-Proben und die mit den Nahrungsmittelextraktlösungen weitgehende Ähnlichkeiten aufwiesen derart, daß beide in den oberflächlichen Bindegewebsschichten mononukleäre Zellinfiltration zeigten, während in den tieferen Schichten die polymorphkernigen Leukozytenanhäufungen vorherrschten. Bei schwachen Reaktionen der Nahrungsmittelproben fehlten aber diese polymorphkernigen Infiltrationen. Die Luetinproben, obwohl beide nur schwach positiv, zeigten dagegen ein anderes Bild, indem in den tiefen Schichten des Zellgewebes eine deutliche entzündliche Reaktion und Nekrose bestanden, und die mononukleären Zellen in dem oberflächlichen Bindegewebe völlig fehlten. Auf Grund seiner Untersuchungen ist Verf. der Ansicht, daß auch für die Nahrungsmittelproben eine gewisse Spezifität besteht. F. Quasig-Hamburg.

Der lebende Kaltblüter-Organismus als Indikator kolloidaler Zustandsänderungen, von H. MOLITOR und E. P. PICK. (Kl. W., 1922, Nr. 16, S. 787.) Versuche an Winter-Eskulenten haben ergeben, daß jede Änderung des kolloidalen Gleichgewichtszustandes der Gewebe durch Einführung verschiedener Stoffe in den Lymphsack oder in die Blutbahn in einer Änderung des Körpergewichts sich äußert. Es wurden vergleichsweise geprüft: Kochsalzlösungen, Normosal, Stärke, Gelatine, Blutserum, Gummilösung und Eiweißspaltprodukte. Während bei Einführung einer Kaltblüter-RINGER-Lösung das Körpergewicht durch schnelle Ausscheidung innerhalb eines Tages zum ursprüng-

Digitized by Google

lichen Gewicht zurückkehrt, wird durch die anderen Stoffe der Wasserhaushalt der Gewebskolloide beträchtlich beeinflußt. Die ausschlaggebende Rolle spielen Veränderungen der Leber und des Zentralnervensystems. Diese Methode besitzt gegenüber den bisherigen erhebliche Vorzüge und Vorteile. E. Langer-Berlin.

Transplantation, von W. Schulze-Heidelberg. (Kl. W., 1922, Nr. 16, S. 793.) Verf. bespricht ausführlich in einem Übersichtsreferat die neuesten Ergebnisse der Transplantation, und zwar besonders der embryonalen Transplantation. Es wird dargelegt, wie das Verhalten der verschiedenen Keimteile ist bei Überpflanzung im Stadium der Gastrula, zur Zeit der offenen Medullarplatte und im Schwanzknospenstadium.

E. Langer-Berlin.

Gicht und Nukleinstoffwechsel im Lichte neuerer Forschung, von A. Schittenhelm-Kiel. (Kl. W., 1922, Nr. 15, S. 713.)

1. Die Beeinflussung der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit durch Reizstoffe, von Hanns Löhr; **2. Der Einfluß parenteral verabreichter freier und gebundener Purinkörper auf die Purinkörperausscheidung im Urin beim Menschen; 3. Resorption und bakterielle Zersetzung der Purinsubstanzen im Darmkanal von Mensch und Tier; 4. Über das Schicksal gehäuft injizierter Harnsäure beim Menschen; Gibt es beim Menschen eine Harnsäurezerstörung? Bemerkungen zur Theorie der Gicht; 6. Harnsäureumsatz und Harnsäureausfuhr bei Akromegalie 2.—6.** von A. Schittenhelm und K. Harpuder; **7. Die Brauchbarkeit der kolorimetrischen Methoden zur Bestimmung vom Harnsäuregehalt des Blutes,** von K. Harpuder und R. Mond; (1.—7., Zschr. f. d. ges. exp. M., 1922, Bd. 27, H. 1/2, S. 1—60.) In der ersten Arbeit faßt Schittenhelm die eigenen Arbeiten und die seiner Schüler über den Nukleinstoffwechsel zusammen. Entstehung der Harnsäure steht unbedingt fest, und zwar nur aus der Nukleinsäure bzw. den in ihr enthaltenen Purinbasen. Diese werden exogen mit der Nahrung zugeführt und entstehen endogen durch den Zerfall der Nukleoproteide des Zellkernes. Harnsäurezerstörung beim Tier noch strittig, wahrscheinlich durch ein urikolytisches Ferment. Dieses beim Menschen bisher nicht erwiesen. Verf. nimmt an, daß das Harnsäuredefizit im Urin entweder durch Retention oder infolge Zerstörung der Harnsäure entsteht. Bei Verfütterung der Nukleinsäure wird diese bis auf kleine Reste im Dünndarm abgebaut und resorbiert. Gegen eine Zerstörung der Harnsäure spricht 1. das Fehlschlagen aller Versuche, die diese Zerstörung nachweisen wollten, und 2. konnten intravenöse Harnsäureinjektionen infolge der Unexaktheit der Methode keinen Beweis gegen eine Urikolyse erbringen. Bei parenteraler Verabreichung durch die Verff. ergab sich sowohl bei Harnsäure, Nukleosiden und freien Purinkörpern ähnlich wie bei Stoffwechselversuchen ein mehr oder weniger großes Defizit. Eine Erklärung kann dieses nur durch Abwanderung der Harnsäure in die Gewebe finden. Versuche mit Harnsäureaufladung ergaben, daß nur ein kleinerer Teil der Harnsäure wiedergefunden wurde, und zwar die Hauptmasse in der Leber, ferner im Knochen, Knorpel und in der Haut. Die Theorien über die Pathogenese der Gicht sind heute noch nicht unbedingt feststehend. Verf. nimmt an, daß die Gicht sich aus 2 Vorgängen zusammensetzt: 1. einer allgemeinen Stoffwechselstörung, die zur Retention der Harnsäure und Erhöhung des Blutharnsäuregehaltes führt, und 2. dem akuten Gichtanfall, bei dem es zu einer physikalisch-chemischen Änderung gewisser Gewebe kommt. Noch weiterer Klärung bedürfen die Beziehungen zwischen Gicht und Nervensystem.

E. Langer-Berlin.

Quellungs- und Entquellungserscheinungen in ihrer Bedeutung für pathologische Prozesse an der Haut. Ein Beitrag zur Klinik und Pathogenese der Ekzematose und Urtikaria, von Erwin Pulay-Wien. (Zschr. f. d. ges. exp. M., 1922, Bd. 26, H. 3/6.) Kolloidale Zustandsänderungen des Gewebes im Sinne einer Quellung oder Entquellung sind für das Auftreten klinischer Morphen von Bedeutung, wobei die Vater-Paccinischen Körperchen Schwellsinnesorgane (Schade), feinste Osmoregulatoren, darstellen. Zur Klärung der physikochemischen Vorgänge bei einigen hautpathologischen Prozessen wurde das Blut auf Säure- und Salzverhältnisse, Nichtelektrolyte und Elektrolyte untersucht. Es zeigte sich beim Ekzem stets eine Vermehrung der Harnsäure, meist auch eine Hypercholesterinämie und eine vielleicht neurotisch entstandene Hyperglykämie. Der bei einigen Untersuchungen erhöhte Wassergehalt des Blutes, der verminderte der Blutkörperchen selber, scheint auf das Konto des Cholesterinüberschusses zu setzen zu sein. Juckreiz und Spannung, die subjektiven Erscheinungen beim Ekzem, sind der Ausdruck der durch die abnormen Säureverhältnisse bedingten kolloidalen Vorgänge an den Vater-Paccinischen Körperchen, wie Rötung, Blasenbildung und Exsudation die

Digitized by Google

Zeichen der Quellungsänderung im Gewebe selbst sind. Bei der Urtikaria findet sich ebenfalls im Blute eine Vermehrung der Harnsäure, des Cholesterins und meist auch des Kalkes. Die abnorme Säuerung bedingt durch Einwirkung auf die Vater-Paccinischen Körperchen Juckreiz, auf den vasomotorisch-trophischen Anteil Dermographismus, auf das Gewebe Quaddelbildung. Da die Quellung die Zellmembranen für Eiweiß leichter durchgängig macht, ist der höhere Eiweißgehalt der Quaddeln erklärlich. Weitere Untersuchungen besonders betreffs des Wassergehaltes des Blutes und der Na- und K-Verhältnisse in ihm sind im Gange. E. Sklarz-Berlin.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Hautkrankheiten.

Heilentzündung und Heilfieber im Lichte der Balneotherapie, von P. Schober-Wildbad. (D. m. W., 1922, Nr. 17, S. 556—557.) Das Thermal- und Mineralwasser wirkt ebenso wie die Proteinkörper als Reiz auf die unspezifischen Abwehrkräfte des Organismus. Die Thermalbäder rufen eine Reaktion hervor, die der durch Proteinkörper erzeugten gleichkommt, die Mineralwässer dagegen bewirken mehr eine Stoffwechselsteigerung im Körper, wie sie sonst durch Fieber erzeugt wird. Eine scharfe Trennung zwischen beiden Wirkungsarten besteht jedoch nicht. Die balneotherapeutischen Reize der Wässer in den verschiedenen Badeorten zeigen geringe quantitative und qualitative Unterschiede. F. Harry-Berlin.

Kursus der dermatologischen Technik, von M. Joseph-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 13, S. 426—428, Nr. 14, S. 461—462.) Besprechung therapeutischer Maßnahmen für den praktischen Arzt. F. Harry-Berlin.

Die praktischen Ergebnisse der Wundantisepsis, von W. v. Gaza-Göttingen. (Kl. W., 1922, Nr. 16, S. 788.) Die Arbeiten der neueren und neuesten Zeit über Wundantiseptika haben neue Wege gewiesen und unzweifelhafte Erfolge gezeitigt. Ein abschließendes Urteil ist noch nicht zu fällen. Es bedarf noch weiterer Klärung, ob die Wirkung der neueren Antiseptika direkt in einem abtötenden oder abschwächenden Einfluß auf die Bakterien besteht, oder ob durch eine durch das Mittel veranlaßte Gewebsreaktion die Bakterien vernichtet werden. Letztere indirekte Wirkung wäre als Tiefenreizwirkung aufzufassen. Es ist daher der Beobachtung und dem Studium gerade dieses Punktes größte Aufmerksamkeit zu widmen und festzustellen, wieweit sich im Gewebe und besonders am Gefäßapparat nachweisbare Veränderungen, die durch die betreffenden Antiseptika veranlaßt sind, abspielen; ebenso gehört den Immunvorgängen in den Gewebssäften erhöhte Aufmerksamkeit. Ein wichtiges Ergebnis hat der Streit um die Mittel gebracht, nämlich eine Reihe recht scharfer biologischer Prüfungsmethoden. E. Langer-Berlin.

Die Prüfungsmethoden der Wundantiseptika im Tierexperiment, von H. Braun-Frankfurt a. M. (Kl. W., 1922, Nr. 16, S. 761.) Verf. verlangt, daß jedes Wundantiseptikum, bevor es dem öffentlichen Gebrauch übergeben wird, erst einer Kontrolle — am besten staatlich — unterzogen wird, die sich 1. aus einer Prüfung der antiseptischen Wirkung, 2. einer pharmakologisch-toxikologischen Untersuchung und 3. einer histologischen Untersuchung des behandelten Gewebes zusammensetzen muß. Verf. bespricht im vorliegenden Aufsatz nur die erstere Prüfungsart und zeigt, daß wir eine Reihe guter tierexperimenteller Prüfungsmethoden besitzen, deren Ergebnisse bei genügender Kritik auch mehr oder weniger auf die menschliche Pathologie übertragen werden können. Doch warnt Verf. eindringlich vor Übertreibungen, aber auch falscher Unterschätzung der Laboratoriumsmethoden. Auf die Technik der Methoden kann im Referat nicht näher eingegangen werden. E. Langer-Berlin.

Über die Wirkung verschiedener Antiseptika gegen Wundinfektion mit Streptokokken, von Schiemann und O. Wreschner-Berlin. (Zschr. f. Hyg. u. Inf.-Krkh., Bd. 95, H. 4.) Bei der Prüfung einer großen Zahl von Antiseptika, die im Tierversuch bei Wundinfektion mit hochvirulenten Streptokokken angewandt wurden, hat sich gezeigt, daß das Trypaflavin den meisten überlegen ist. Hierbei ergab sich durch Anwendung wäßriger Lösungen zu einmaliger Spülung bereits ein großer Prozentsatz von Heilungen, der sich bei schwacher Infektion durch Anwendung hochprozentiger Salben und Puder noch bedeutend verbessern ließ. Verf. empfiehlt für die Praxis bei Wunden mit Streptokokkeninfektion Behandlung mit Trypaflavin in Lösungen (1 : 1000 bis 1 : 500) sowie besonders in Pulvern und Salben (0.5 bis 5%). G. Assmann-Kiel.

Weitere Beobachtungen über das Verhalten des neuen Trypanosomenheilmittels „Bayer 205" im Blute, von M. Mayer, H. Zeiss, Giemsa und Halberkann.

Digitized by Google

(Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., Bd. 26, H. 5, S. 140.) Eingehende Versuche bei Ultrafiltration zeigten, daß „Bayer 205" im Serum im wesentlichen an die Eiweißkörper, insbesondere an die Albumine gebunden ist. G. Assmann-Kiel.

Über die Aufnahme von Quecksilberchlorid und Trypaflavin durch Bakterien und Körperzellen, von M. Hahn und E. Remy-Freiburg. (D. m. W., 1922, Nr. 24, S. 793—794.) Es wurde Leberbrei einerseits und Bacterium coli andererseits mit Trypaflavin- bzw. $HgCl_2$-Kochsalzlösung bei 37° vermischt und eine erheblich größere Aufnahme der chemischen Substanzen durch Bakterien als durch Körperzellen konstatiert. Der gleiche Befund ergab sich, wenn die Desinfektionsmittel im Rinderserum gelöst wurden. Die absolute Menge war jedoch geringer, da die Adsorption für beide Zellarten durch Serum herabgesetzt wird. F. Harry-Berlin.

Die pharmakologischen Grundlagen der Adsorptionstherapie, von W. Wiechowski-Prag. (Ther. d. Gegenw., April 1922, H. 4, S. 121.) W. bespricht eingehend die Theorie und Praxis der adsorptiven Wirkung von Ton und Kohle. Praktisch kommt die Anwendung dieser Stoffe insbesondere bei Vergiftungen und bakteriellen Magen- und Darmerkrankungen in Frage, außerdem zur Behandlung infizierter Wunden und Schleimhautkatarrhe. F. Hirsch-Ulm.

Studien zur unspezifischen Reiztherapie, von Hermann Freund, Pharm. Inst. Heidelberg. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm., Bd. 91, H. 3/5, S. 272—302.) Verf. hat alkoholische Extrakte aus Serum und Blut dargestellt und damit eine Reihe bekannter Serumwirkungen an Fröschen nachgeprüft. Er erzielte damit annähernd dieselben Effekte wie mit dem Ausgangsmaterial, was ihn veranlaßt, die physiologische Wirksamkeit des defibrinierten Blutes an das Auftreten extrahierbarer chemischer Substanzen zu knüpfen und die Zustandsänderung der Kolloide im Serum als wesentliche Ursache abzulehnen. Weitere Versuche ergaben, daß die Entstehung aktiver Substanzen bei der Gerinnung mit dem Zerfall der Blutplättchen in Verbindung steht. Durch einen am isolierten Froschherzen ausgeführten Versuch zeigt Verf., daß Stoffe von derselben Wirkung auch bei der Organfunktion entstehen können. Mittels Frischblutextraktmethode gelang es dem Verf. nachzuweisen, daß die unspezifische Reiztherapie bei Kaninchen und Menschen die Bildung hormonartiger Stoffe im strömenden Blute erzeugt. Für die vasokonstriktorische Wirkung der Serumstoffe wird gezeigt, daß ihr Angriffspunkt dem Adrenalin ähnlich ist und daß sie nicht am Zellprotoplasma angreift. — Die Frischblutextrakte wurden hergestellt durch Einströmenlassen von Arterienblut von Kaninchen, von venösem Blut von Menschen in die zehnfache Menge Alkohol, Umschüttelung, Filtration, Einengung des Filtrats, Eindampfen, Entfernung von wasserlöslichen Stoffen durch Alkohol absolut, von Salzen und Lipoiden durch Azeton und Chloroform, nochmaliges Filtrieren und Eindampfen und dann Zusatz von Ringer-Lösung bis zur Ausgangsmenge. G. Kapferer-Heidelberg.

Über regelmäßige Veränderungen der Lipoidmenge des Blutes nach Injektionen körperfremder Stoffe bei der sogenannten Reiztherapie, von E. Gabbe-Köln. (M. m. W., 1921, H. 43, S. 1377.) G. stellte regelmäßige Schwankungen des Blutlipoidgehalts bei Injektionen von Kollargol, Milch, Kaseosan, Traubenzucker, Argochrom usw. fest. Bei kleineren Dosen mit geringfügigen Temperaturschwankungen mehrstündige Lipoidvermehrung, bei größeren Dosen und hohem Fieber evtl. Schüttelfrost, erst vorübergehende Verminderung, dann Steigerung. Es ist ein direkter Zusammenhang dieser Schwankungen mit der Entstehung der Fieberreaktionen denkbar. Verf. gibt eine einfache Serumschichtprobe mit 5% Glyzerin an zur Feststellung seiner Befunde, die vielleicht als Gradmesser für die Dosierung und Wirksamkeit der verschiedenen Mittel dienen kann. F. Hirsch-Ulm.

Anaphylaktische Erscheinungen nach Sanarthrit, von C. H. Lasch-Frankfurt am Main. (Kl. W., 1922, Nr. 14, S. 682.) Bei einer Patientin, die wegen gonorrhoischer Arthritis mit Sanarthrit behandelt wurde, trat bei einer Wiederholungsinjektion 8 Tage nach der ersten ein schwerer anaphylaktischer Schock ein. Als Ursache nimmt Verf. an, daß das Präparat entweder nicht eiweißfrei war, oder daß es sich um anaphylaktische Erscheinungen nach parenteraler Verabreichung eines Nichteiweißkörpers handelte. E. Langer-Berlin.

Die Intrakutanreaktion unspezifischer Stoffe, von Walter Arnold. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1922, Bd. 26, H. 3/6.) Aqua destillata ruft eine stärkere Reaktion als 3%ige NaCl-Lösung oder 1%ige Karbolsäurelösung hervor, eine fast so starke wie eine 2%ige Karbolsäurelösung. Durchschnittliche Größe der normalen Reaktion 5 bis 7 mm. Bei starkem Pirquet starke unspezifische Reaktion, schwache Reaktion bei

Digitized by Google

Fieber, schlechtem Turgor, künstlicher und natürlicher Pigmentation, bei Hyperämie, leichtem oder Präödem und Röntgendosen unter 1 E.-D., sobald wenigstens leichteste Hyperämie erzeugt war; im anderen Falle stärkere Reaktion. Anästhesierung der Haut durch 10%ige Anästhesinsalbe war ohne Einfluß auf die Intensität der Reaktion.

E. Sklarz-Berlin.

Untersuchungen über die Beeinflussung normaler und pathologisch veränderter Haut durch die parenterale leistungssteigernde Reiztherapie, von Rudolf Arnold. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1922, Bd. 26, H. 3/6.) Nach Injektion von Kaseosan und Milch tritt Allergie der Haut gegenüber pharmakodynamischen Einwirkungen (Prüfung nach v. Groer-Hecht mit Suprarenin usw. nach Art der Pirquetschen Reaktion) auch ohne Fieber auf. Auf Röntgenerythemen stärkere, auf Höhensonnenerythemen geringere Reaktion. Histologisch zeigt sich bei diesen eine ödematöse Schädigung des Epithels, bei jenen der Kutis. Das Epithelödem verdünnt das Injektat, die intakten Gefäße schaffen es schneller weg, Vorgänge, die nach der Natur der Schädigung beim Röntgenerythem wegfallen.

E. Sklarz-Berlin.

Über die Wirkungsweise und das Altern der Vakzine, von Carl Lange-Berlin. (Kl. W., 1922, Nr. 10, S. 475.) Verf. beschäftigt sich eingehend mit der Arbeit von Buschke und Langer über das gleiche Thema (Kl. W., 1922, Nr. 3), die er zum Teil bestätigt, zum Teil ergänzt. Im ersten Teil geht Verf. auf die Wirkungsweise von Impfstoffen speziell bei Blennorrhoe ein und bestätigt die Mitteilungen der angeführten Autoren, daß nur ein Teil der Fälle geeignet ist, und zwar nach seiner Ansicht in erster Linie blennorrhoische Arthritis, dann Epididymitis und am wenigsten Prostatitis und Spermatozystitis. Auch L. spricht sich für multivalente heterogene Vakzine aus. In der Dosierung empfiehlt er, da es sich bei Blennorrhoe nur um eine kurative Wirkung handeln kann, mit kleinen Dosen zu beginnen und auch nur sehr vorsichtig zu steigern, während er bei Staphylokokkenerkrankungen, bei denen nach seiner Ansicht im Gegensatz zur Blennorrhoe auch eine Immunisierungswirkung erzielt werden soll, für hohe Dosen eintritt. Provokatorischen Injektionen, die in der Praxis nach seiner Ansicht eine zu große Beachtung erlangt haben, steht er sehr skeptisch gegenüber. Verf. bestätigt die Mitteilung Buschkes und Langers, daß die Bakterien und ganz besonders die Gonokokken in den auf die übliche Weise durch Erhitzen und Zusatz von Chemikalien hergestellten Vakzins 1. einer morphologischen Veränderung, der Zytolyse, und 2. einem chemisch-fermentativen Abbauprozeß, der Autolyse unterliegen, wodurch die Vakzins unbrauchbar werden. Die Autolyse wird nachgewiesen durch den nach Verf. bis zu 75% gehenden Verlust des Stickstoffs in den Vakzins. Verf. versuchte zur Herstellung von Vakzins Zusätze von Formaldehyd, das einmal fermenthemmend und andererseits auch abtötend wirkt. Zum Schluß meint Verf., daß mit der Vakzinetherapie bei fabrikmäßiger Herstellung der Vakzins keine großen Erfolge wegen der Unzuverlässigkeit der Güte bei den verschiedenen Fabrikaten zu erzielen sind, sondern nur bei Herstellung durch einen klinisch und serologisch geübten Arzt.

E. Langer-Berlin.

Zur Serumbehandlung primärer und sekundärer Anämien, von J. Wetterer-Mannheim. (D. m. W., 1922, Nr. 23, S. 772—773.) Gute Erfolge mit Injektionen von Serum gesunder Personen bei Tuberkulösen und Anämischen. F. Harry-Berlin.

Antimon in der neueren Medizin, von Hans Schmidt-Dresden. (Beih. z. Arch. f. Schiffs- u. Tropenkrkh., Bd. 26, H. 1.) Verf. gibt einleitend eine kurze geschichtliche Darstellung der Verwendung des Antimons in der Medizin. Seit 1907 ist das Anwendungsgebiet ein völlig neues, nämlich die Tropenkrankheiten. Nach allen Autoren soll sich Antimon bei den durch Trypanosomen oder durch Leishmaniaparasiten hervorgerufenen Krankheiten, ferner beim venerischen Granulom und bei Bilharziosis als ein sicher wirkendes Spezifikum bewährt haben. Bei Filariasis wird über wechselnde Erfolge berichtet. Neuerdings erprobt man Antimon bei Syphilis und anderen Spirillosen, ferner bei Lepra. Verf. hat sodann die gesamte ihm zugängliche Literatur aus den Jahren 1906—1921, über 300 Abhandlungen, mit kurzen, treffenden Referaten übersichtlich zusammengestellt.

G. Assmann-Kiel.

Unsere bisherigen Erfolge mit Rivanol bei lokalen Infektionen, von H. Siebrecht und J. Ujhelyi-Berlin. (D. m. W., 1922, S. 481—482.) Die konservative Behandlung mit Rivanol wird bei abgeschlossenen Abszessen, einkammerigen Mastitiden, Bursitiden, Gelenkempyemen, Furunkeln und Karbunkeln empfohlen. Zweifelhaft sind die Erfolge bei mehrkammerigen Mastitiden, Lymphadenitis, phlegmonösen Entzündungen. Bei Sehnenscheidenphlegmonen wurde kein Erfolg erzielt.

F. Harry-Berlin.

Digitized by Google

Über „Sulfobadin", ein neues Schwefelpräparat zur Herstellung von Bädern, von G. Stümpke-Hannover. (D. m. W., 1922, Nr. 24, S. 804.) Empfehlung eines neuen Schwefelmittels, das die Nachteile der Solutio Vlemingkx vermeiden soll.
F. Harry-Berlin.

Die Beseitigung von Pigmentflecken in der Haut (Sommersprossen, Lentigines, Lebermale usw.), von Gertrud Kromayer-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 16, S. 526—527.) Zur Beseitigung von Pigmenthypertrophien wird die Verwendung von Fräsen empfohlen, wie sie Kromayer angegeben hat. (Siehe Derm. Zschr., Bd. 12, H. 1.) Es wird damit eine narbenlose Beseitigung der Pigmentflecke erreicht, denn nur bei starkem Druck wird die Kutis zerstört, während bei anderen Methoden sich die Zerstörung der Kutis nicht mit Sicherheit verhindern läßt. F. Harry-Berlin.

Ein Skarifikationsmesser für Impfungen (A Scarifier for Skin Tests and Vaccinations), von Frank C. Dudley-Brooklyn. (J. Am. m. Ass., 1922, Nr. 20. S. 1538.) Es besteht aus einer Rasierblattklinge, über die eine Metallhülse gestülpt ist (Abbildung). Die Hülse ist an einer Ecke abgerundet und geöffnet. Durch entsprechende Einstellung der Klinge tritt eine ihrer Ecken mehr oder weniger aus dem abgerundeten Hülsenteil heraus, wodurch wieder die Tiefe des Schnittes bestimmt wird. F. Quasig-Hamburg.

Pferdehaar für Injektionsnadeln (Horsehair for Hypodermic Needles), von Benjamin A. Daniels-Tampa. (J. Am. m. Ass., 1922, Nr. 19, S. 1459.) Verf. empfiehlt statt der metallenen Mandrins schwarzes Pferdehaar zu nehmen, da es nicht rostet, leicht zu sehen ist und in der Kanüle steckend, mit dieser zusammen sterilisiert werden kann. F. Quasig-Hamburg.

Arzneiexantheme, gewerbliche Schädigungen, Dermatitis artificialis.

Raupendermatitis (Caterpillar Dermatitis. Editorials.) (J. Am. m. Ass., 1922, Nr. 21, S. 1645—1646.) Der Aufsatz enthält einen Hinweis auf die in der Sommerzeit auftretende Dermatitis, wie sie durch bestimmte Raupen verursacht wird und urtikariellen Charakter hat. Die noch unbekannte Substanz wird durch bestimmte Raupenhaare auf die menschliche Haut gebracht. Es sind die sogenannten Nesselhaare. Die schädliche Substanz wird zerstört entweder durch Erhitzen der Haare auf 150° C oder durch Auflösung in alkalischer Flüssigkeit bei Zimmertemperatur. Die Dermatitis wird beobachtet bei den Raupen von Megalopyge opercularis, Lagoa crispata, Hemileuca maia, Sibine stimulea, Antomeris io. Eine den Insektenstichen analoge Behandlung hat sich als wirkungslos erwiesen. Es bleibt nur die symptomatische übrig. F. Quasig-Hamburg.

Zinkoxydvergiftung (Zinc Oxide Poisoning), von John A. Turner. (Monthly Labor Review, Januar 1922. Nach einem Referat in New York m. J., 1922, Bd. 115, Nr. 9, S. 549.) Bei Arbeitern, die der Einwirkung von Zinkoxydstaub ausgesetzt waren, Es handelt sich um einen papulo-pustulösen, mit intensivem Jucken verbundenen Ausschlag, der besonders an aneinanderliegenden Hautflächen auftritt und in acht bis zehn Tagen abtrocknet. Danach folgt langsames aber deutliches Schuppen der Haut. Zinkoxyd ist selbst nicht toxisch, es mag aber die Zuführung von Bakterien befördern. Tägliche Bäder und Tragen geschlossener, häufig gereinigter Arbeitskleidung wird gegen die Erkrankung empfohlen. E. Levin-Berlin.

Strahlentherapie und Strahlenschädigung.

Biologische Wirkung der Röntgenstrahlen mit Berücksichtigung therapeutischer Fragestellungen, von H. Holthusen-Hamburg. (Kl. W., 1922, Nr. 16, S. 766.) Kurz gefaßtes Übersichtsreferat über die heutigen Anschauungen über die biologische Wirkung der Röntgenstrahlen. Besprechung der Fragen der Dosierung der Strahlen. Der Standpunkt, besonders bei bösartigen Tumoren schädigende Dosen anzuwenden, erscheint heute zu eng gefaßt; es entspricht den derzeitigen Anschauungen der Röntgenologen mehr, Reizbestrahlungen vorzunehmen. Die Bestrahlungswirkung hat wahrscheinlich große Ähnlichkeit mit der Proteinkörpertherapie; beide beruhen auf der Wirkung von Eiweißabbauprodukten. Es ist scharf zwischen „Wachstumsreiz" und „Funktionsreiz" durch Bestrahlung zu trennen. E. Langer-Berlin.

Über das Verhalten von Keimen auf der äußeren Haut gegenüber ultraviolettem Licht, von L. Schmidt-Freiburg. (Zbl. f. Bakt., Bd. 88, H. 4, S. 286—289.) Experimentelle Untersuchungen ergaben, daß oberflächlich auf der Haut liegende Keime von ultraviolettem Licht beträchtlich vernichtet werden. Die tiefer liegenden Bakterien bleiben unbeeinflußt. F. Harry-Berlin.

Digitized by Google

Über die Beeinflussung der Kohlehydrate durch Strahlung, von Ludwig Pincussen. Aus der II. med. Klinik der Universität Berlin. (Zschr. f. d. ges. exp. Med., 1922, Bd. 26, H. 3/6.) Verf. schildert die Wirkung der Lichtstrahlen auf den Organismus im Sinne eines zuckermobilisierenden und eines zuckerabbauenden Vorganges, enthält nichts auf die Dermatologie als solche direkt Bezügliches. E. Sklarz-Berlin.

Über die Beeinflussung der Schmerzempfindlichkeit der Haut durch Quarzlampenbestrahlung, von Fr. v. Groer und W. v. Jasinski-Lemberg. (Kl. W., 1922, Nr. 14, S. 683.) Bei Untersuchungen an Erwachsenen und älteren Kindern wurde festgestellt, daß bald nach der Quarzlampenbestrahlung eine Hypalgesie der Haut von schnell vorübergehender Dauer eintritt, die schon spätestens nach 1 Stunde in eine starke Hyperalgesie umschlägt. Diese geht dem Auftreten des Erythems voraus, ist am stärksten auf der Höhe desselben und klingt mit dem Verschwinden des Erythems auch ab. Mit dem Eintritt der Pigmentierung folgt wiederum eine länger anhaltende, aber weniger ausgesprochene Hypalgesie. Näheres in der ausführlichen Publikation (Zschr. f. d. ges. exp. Med.). E. Langer-Berlin.

Wird bei der Strahlenbehandlung der Blastome die heutige Dosimetrie aufrechterhalten werden können?, von Karl Fritsch-Cassel, früher Posen. (Zbl. f. Chir., 1922, Nr. 16, S. 545.) Verf. betont, daß bei der Behandlung der Blastome erfolgreiche Statistiken mit schlechten Statistiken abwechseln. In neuerer Zeit glaubt man nicht mehr daran, daß man die Krebszellen unmittelbar abtöten kann, man wird also auf eine mittelbare Strahlenwirkung bedacht sein müssen, d. h., daß die Strahlen nur noch die örtlichen Gegenmaßregeln gegen das Blastom unterstützen. Auf Grund dieser theoretischen Betrachtung muß sich natürlich auch die heutige Dosimetrie umstellen. Verf. glaubt, daß die Dosierungsuntersuchungen auf dem Gebiete der Schwellenreiztherapie vielleicht auch die Röntgentherapie zu der richtigen Dosimetrie führen werden. A. Rosenburg-Berlin.

Besonders tiefe Röntgenbehandlung (Radiothérapie très profonde), von H. Guilleminot. (J. de Méd. de Paris, 1922, Nr. 12.) Ist bei tiefen Krebsen der gewöhnlichen Tiefenbestrahlung im Prinzip überlegen, eine massive Anfangsdosis ist die Methode der Wahl. Ihr Hauptgebiet sind Gebärmutterkrebse, die sie allein heilen kann.
E. Levin-Berlin.

Zur Frage der Röntgenschädigungen, von S. Möller-Hamburg. (D. m. W., 1922, Nr. 18, S. 595—596.) Aus den von Liek in Nr. 6 angeführten Fällen von Röntgenverbrennungen ist nicht ersichtlich, ob eine Überempfindlichkeit der Haut vorgelegen hat. Die Schwankungen der Röntgenempfindlichkeit betragen höchstens 20%. Bei genügender Beaufsichtigung des Personals, genauer Eichung und Einstellung der Röhre und bei Beobachtung jeder kleinsten Schwankung des Apparates lassen sich Schädigungen mit Sicherheit vermeiden. Ein Früherythem oder eine tiefbraune Verfärbung der Haut erfordern Vorsicht bei weiteren Bestrahlungen. Nur Darm- und Blasenschädigungen können nicht mit Bestimmtheit verhindert werden. F. Harry-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Prof. Richard Frühwald, gewesener Oberassistent der dermatologischen Klinik in Leipzig, jetzt leitender Arzt am städtischen Krankenhause in Chemnitz, erhielt bis auf weiteres die Erlaubnis zur Abhaltung von Vorlesungen an der Leipziger Universität.

Priv.-Doz. Dr. Wilhelm Lutz in Basel wurde zum a. o. Professor und Vorsteher der dermatologischen Klinik als Nachfolger von F. Lewandowsky ernannt.

Priv.-Doz. Dr. Gustav Stümpke, Direktor des dermatologischen Stadtkrankenhauses II in Hannover, wurde zum Honorar-Professor an der dortigen tierärztlichen Hochschule ernannt.

Dr. Norman Walker erhielt vom Royal College of Physicians in Edinburgh den Victoria Jubilee Cullen Prize.

Gestorben: Prof. Siegfried Grosz in Wien. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

16. September 1922 | Nr. 37 | Band 75

Aus der Universitätshautklinik Freiburg i. Br. (Direktor Prof. G. A. Rost).

Über Psoriasis der Mundschleimhaut.

Von

Dr. Philipp Keller, 2. Assistent.

Krankengeschichte:

Frau M. O., 25jähr., kommt am 3. I. 1920 in die poliklinische Sprechstunde der Universitätshautklinik wegen eines Ausschlages, der vor drei Wochen an den Ellbeugen aufgetreten ist, dann Bauch, Brust und Hals befallen hat. Pat. ist im sechsten Monat schwanger. Außer einer leichten Seborrhoe des behaarten Kopfes wird am Hals in der vorderen Schweißrinne, um die Brustwarzen, am Bauch, an den Streckseiten der Oberarme, in den Ellbeugen eine Rötung der Follikel mit geringer Schwellung festgestellt; zum Teil sind durch Zusammenfluß kleinere Herde entstanden, die eine symmetrische Anordnung zeigen. Es besteht leichtes Jucken; am Rücken zeigen sich Kratzspuren. Nach Gebrauch einer $^1/_2$%igen Salizylvaseline schwinden die Erscheinungen im Verlauf eines Monats.

Das geringfügige unausgesprochene Krankheitsbild wird aufgefaßt als ein zum Teil noch gereiztes seborrhoisches Ekzematoid, wofür auch die leichte Beeinflussung durch Salizylvaseline spricht.

Am 3. VI. 1921 erscheint Pat. wieder mit neuen Hauterscheinungen, die seit kurzem aufgetreten sind. In der Genitokruralfurche beiderseits finden sich mehrere markstückgroße, ovale, leicht erhabene Herde von gelblich rötlicher Farbe; sie sind zum Teil zusammengeflossen zu größeren gebuchteten Herden; ihre Begrenzung ist scharf, ihr Rand ist noch etwas erhöht. Die Oberfläche erscheint feucht, ohne zu nässen; vorzüglich am Rand findet sich auch eine geringe gelbliche Schuppung. Die Hauterkrankung reicht einerseits bis zu den Schamhaaren, wo sie trockener erscheint, andererseits bis zu dem After, wo sie sich lediglich als scharf begrenzter rötlicher feuchter Fleck darstellt. Vorhof und Scheidenschleimhaut sind frei von Erscheinungen. Pilze in den Schuppen negativ. Zucker im Harn nicht vorhanden.

Außerdem befindet sich auf der linken Schulter ein isolierter, münzgroßer, runder, scharf begrenzter Herd mit gelblicher Schuppe, die sich im ganzen abheben und zerblättern läßt; punktförmige Blutung des entblößten Grundes. Ein ebenso beschaffener linsengroßer Herd befindet sich am rechten Ellbogen. Der behaarte Kopf, die Nägel sind frei. In den Wimpern des rechten Oberlides ist ein Knötchen vorhanden mit weißer silbriger Schuppe, die in den Haaren festsitzt.

Im Mund finden sich beiderseits auf der Wangenschleimhaut mehrere linsengroße Flecke, alle von dem gleichen Aussehen: von grau-weißlicher matter Farbe, rund und scharf begrenzt. Sie treten kaum über die normale Hautebene hervor, stehen teilweise in Gruppen und sind auch zu markstückgroßen Herden zusammengeflossen. Die Hauptmasse der Flecke liegt in der Höhe der Kauflächen, vorzüglich in der Gegend der hinteren Backenzähne. Ihre morphologische Besonderheit besteht in einer feinen Tüpfelung: die höchstens nadelkopfgroßen Punkte sind gefärbt wie die normale Schleimhaut und nehmen etwas vertieft auch an ihrem Niveau teil. Die erkrankte Stelle hat also ein siebartiges Aussehen.

Sonst ist Zunge und Zahnfleisch frei. Der weiche Gaumen ist auffallend gelblich und etwas gewulstet: die Schleimhaut sieht aus wie „gekocht".

Digitized by Google

Ein Hautstück aus der Genitalgegend wird zur Untersuchung herausgeschnitten, wie üblich gefärbt und zeigt folgenden ziemlich eindeutigen Befund, eine interpapilläre Akanthose, schmale bis an die Hornschicht ausgezogene Papillen, erweiterte Kapillaren mit geringer Infiltration aus kleinen Rundzellen, schließlich eine 4—6 Papillen umfassende Parakeratose und Mikroabszesse in der Hornschicht.

Ein Probestück aus dem Schleimhautherd weist mikroskopisch eine mächtige Verbreiterung des Epithels, vor allem der Reteleisten auf. Die Stachelzellenschicht besteht in den mittleren Lagen aus großen blasigen Zellen mit normal kleinem Kern. Keine Körnerschicht. Protoplasma und Kerne der drei bis vier obersten Zellagen färben sich homogen stärker (violett mit Hämatoxylin, rot mit Pyronin, blau mit Methylenblau und braun nach VAN GIESON); die einzelnen Zellen sind platt, kernhaltig und scheinen fest untereinander verbunden. An einzelnen Stellen sind Teile dieser Schicht in napfartigen flächenförmigen Schuppen abgehoben; kleine Gruppen von Leukozyten liegen diesen Schuppen auf, aber es finden sich keine Mikroabszesse zwischen ihnen. Die Papillen, deren einige kurz und klobig, andere lang und gestreckt bis an die obersten Epithellagen reichend erscheinen, sind bis in die Kuppel mit rundkernigen Zellen und zahlreichen zart gefärbten, gestrecktkernigen neugebildeten Bindegewebszellen durchsetzt. Das Infiltrat greift bisweilen noch um die Reteleistenköpfe herum, schneidet im übrigen scharf mit der Grundlinie der Papillen ab. In der Kutis sind die Gefäße frei.

In der Nähe des Papilleninfiltrates sind auch einige in das Epithel wandernde Zellen zu finden. Vor allem sind die Reteleisten von ihnen durchsetzt, in ihrer spongiotischen Stachelzellenschicht liegen sie an einigen Stellen zu Mikroabszessen vereinigt. Keine Plasmazellen; Mastzellen in den Papillen spärlich, um die tieferen Gefäße reichlicher. Die Kapillaren, besonders die der Papillen sind deutlich weit. Der Verlauf der Erkrankung ist der, daß unter Röntgenbestrahlungen die Hauterscheinungen abheilen; auch die Wangenschleimhaut wird geröntgt ohne kontrollierbare Wirkungen. Die Pat. wechselt ihren Wohnort; auf briefliche Anfrage teilt sie jetzt mit, daß sowohl am Körper Rezidive aufgetreten sind, als auch im Mund die weißen Flecke noch bestehen.

Der Hautbefund läßt klinisch wie histologisch die Psoriasis erkennen, etwas eigentümlich zwar in ihrem Auftreten und in ihrer Lokalisation, aber in dieser seborrhoischen Form nicht außergewöhnlich. Die Veränderungen der Mundschleimhaut entsprechen den Befunden von OPPENHEIM, THIMM, REIL, und dem nach uns beobachteten und früher veröffentlichten Fall von JORDAN.

Das Problem der Schleimhautpsoriasis liegt bekanntlich so, daß unter den Schleimhauterscheinungen im Gefolge einer Psoriasis, soweit solche überhaupt beobachtet werden, die Mehrzahl gewöhnliche Leukoplakien sind: erst die histologische Untersuchung hat neben diesen Leukoplakien das Vorkommen von eigentümlichen Veränderungen aufgedeckt, welche Veränderungen dann auch nachher gewisse klinische Besonderheiten gegenüber den Leukoplakien oder anderen Schleimhauterkrankungen aufwiesen. Charakteristisch, weil in den bisher mit Sicherheit hierher zu beziehenden Fällen hervorgehoben, erscheinen mir; die scharfe Begrenzung

Digitized by Google

das feinporige Aussehen und die mattweißliche Verfärbung. Außerdem sind die Flecke schmerzlos, nicht verhärtet und zeigen beim Abkratzen keine kapilläre Blutung.

Der histologische Befund weist zunächst einmal das Gemeinsame auf, daß er eine Leukoplakie mit Sicherheit ausschließt. Es besteht keine abnorme Verhornung der Schleimhaut, es tritt keine Körnerschicht auf und die aus ihr hervorgehenden Hornzellen verlieren nicht die Färbbarkeit ihrer Kerne. Andererseits treten aber Störungen auf in der biologischen Umwandlung der Epidermiszellen, die man zwar schlecht als Parakeratose bezeichnen kann, die aber doch der Parakeratose der Haut ähnliche morphologische Bilder liefern können. Zwar ist der Mangel einer Körnerschicht bei der Schleimhaut der normale Zustand, ebenso wie das Erhaltenbleiben der Färbbarkeit der Kerne bis in die obersten Zellagen. Lediglich die homogene Verdichtung der oberen Zellagen, der einzelnen Zelle wie der Zellen untereinander, welche Verdichtung sich in der erhöhten Anfärbung ausspricht, ist ein von der normalen Schleimhaut abweichender und dem Bild einer parakeratotischen Hautstelle ähnlicher Befund. Die normale Schleimhaut der Wange verhornt nicht; ihre einzelnen Zellen behalten bis in die obersten Lagen ihre Größe bei, sie bleiben locker zueinander gefügt, bis sie sich an der Oberfläche in kleinen Schüppchen von der Epidermis loslösen. Demgegenüber ist die Abschuppung von der parakeratotischen Schleimhaut viel geringer; findet sie statt, so sind die Schuppen größer und bestehen aus den erwähnten fest verbackenen Zellen. Mit größerer Vorsicht ist die Akanthose der psoriatisch erkrankten Schleimhaut aufzufassen. Unzweifelhaft macht die krankhafte Schleimhaut gegenüber der angrenzenden normalen einen verdickten Eindruck. Auch sind die Retezellen eigentümlich groß bei kleinem normal gefärbten Kern. Aber nimmt man sich die Mühe, ein Vergleichspräparat einer klinisch gesunden Wangenschleimhaut zu untersuchen, so findet man in dieser Gegend, die beim Kauen andauernden Reizen ausgesetzt ist, sehr häufig lokale Akanthosen, die bis auf das Doppelte der bei diesen Individuen sonst vorhandenen Epidermisbreite anwachsen können. Ebenso erscheinen die Papillen auch im Vergleichspräparat sehr unregelmäßig, sie sind meistens sehr schmal und reichen auch bisweilen an die obersten Epithellagen heran.

Auch das Infiltrat findet man in oft kaum vermuteter Mächtigkeit in der normalen Wangenschleimhaut Erwachsener, wie überhaupt, worauf neuerdings auch E. FRÄNKEL hinweist, mit dem histologischen Befund eines mittelmäßigen, aus Rundzellen bestehenden Infiltrats bei Hauterkrankungen nicht viel anzufangen ist. Diese Infiltrate zeigen sich stets bei der Haut, die irgend welchen Reizen ausgesetzt ist, kurz: bei lebender Haut. Unser Fall zeigte ein etwas, aber nicht viel stärkeres Infiltrat, das sich in seiner Ausdehnung von dem Normalen nicht unterschied; jedenfalls können wir den Wert, den THIMM auf die Mächtigkeit dieses Infiltrats als auf eine besonders charakteristische Eigenschaft des Psoriasisprozesses der Mundschleimhaut legen, nicht teilen; wahrscheinlich handelt es sich eher um sekundäre Prozesse, d. h. um ein durch unspezifische Reize verursachtes Infiltrat an einer durch die Erkrankung widerstandsunfähigeren Stelle. Ja, vielleicht genügt zur Erklärung be-

Digitized by Google

reits das Vortreten des Herdes, der dadurch Irritationen leichter preisgegeben ist.

Trotz dieser vorsichtigen Einstellung gegenüber dem histologisch-morphologischen Befund kann man wohl zugeben, daß diese Form der Schleimhauteffloreszenz dem Bild der Hautpsoriasis vergleichbar ist. Ob es sich tatsächlich um eine Psoriasis handelt, kann nur die Erfahrung lehren; dann dürfte diese Schleimhauteffloreszenz sich unter keinen anderen Umständen finden, als in Gegenwart einer Psoriasis. Bei vorhandener Psoriasis ist sie zweifellos sehr selten beobachtet, seltener als die echte Leukoplakie, die damit ein ebensolches Anrecht hat, zu den mehr oder minder akzessorischen Symptomen der Psoriasis gerechnet zu werden. Vielleicht wird man als ein weiteres gelegentliches Schleimhautsymptom bei Psoriasis eine eigentümliche Veränderung des harten und weichen Gaumens ins Auge zu fassen haben (Rost); hier ist der weiche Gaumen weißlich-gelblich verfärbt, glatt oder mehr minder mit Falten versehen wie bei unserem und dem Fall Oppenheim, er zeigt ein gekochtes Aussehen.

Für die Bereicherung unserer Kenntnisse der Psoriasisätiologie ergibt sich leider nur wenig aus der Kenntnis der Schleimhautsymptome. Unseres Erachtens ist die Psoriasis eine endogene Erkrankung. Vielleicht werden auch noch verschiedene Erkrankungen unter diesem Namen zusammengefaßt; denn neben der nach Beginn, Verlauf, Lokalisation so typischen Formen gibt es auch wieder die atypischen, die untereinander viele Ähnlichkeit aufweisen. Gegen die Sambergersche Annahme einer parakeratotischen Diathese spricht jedenfalls, soweit die Schleimhautpsoriasis einen Anhaltspunkt gibt, der Umstand, daß neben den seltenen Parakeratosen viel häufiger die Hyperkeratosen an den Schleimhäuten Psoriatischer auftreten, nämlich die Leukoplakien, entweder für sich allein, oder neben den parakeratotischen Erscheinungen, wie bei den Fällen Oppenheim und Thimm.

Literatur.

Oppenheim, Mh. f. pr. Derm. 1903, Bd. 37. — Thimm, Mh. f. pr. Derm., 1904, Bd. 39. — Reil, Derm. Zschr., 1921, Bd. 32. — Jordan, Arch. f. Derm., 1922, Bd. 140.

Aus der Dermatologischen Klinik der Universität Leipzig (Direktor: Prof. Dr. Rille).

Über Mäusefavus beim Menschen.

Von

Dr. Heinz Soltmann, Assistent.

Mit 5 Abbildungen im Text.

(Schluß.)

II. Mykologischer Teil.

a) Makrokulturen. Die Ausgangskulturen wurden aus der Mitte eines Schüsselchens nach Abhebung seiner oberen Schichten durch Übertragung auf Plautschen Nährboden gewonnen. Schon nach kurzer Zeit bildete sich ein zarter weißer Flaum, der weiter auf Peptonröhrchen überimpft wurde.

Digitized by Google

Sabourauds Forderung, ganz gleichartige Nährböden zur Identifizierung von Pilzen zu benutzen, konnte ich aus begreiflichen Gründen nicht genügen, da mir das französische Material nicht zur Verfügung stand. Aber auch unter Verwendung deutscher Produkte von Pepton, Traubenzucker und Maltose erhielt ich stets die für das Achorion Quinckeanum beschriebenen grundlegenden Merkmale, neben denen die durch den bekannten Polymorphismus erzeugten, unwesentlichen Verschiedenheiten unberücksichtigt bleiben können.

Schon nach 2—3 Tagen trat bei Zimmertemperatur in Erlenmeyer-Kolben ein deutliches Wachstum in Form eines zarten Flaums zutage. Der Pilz wuchs dann weiter sehr rasch, so daß nach 4 Wochen nur noch ein schmaler Saum des Nähragars im Erlenmeyer-Kolben frei war. Es bildete sich auf Pepton-, Traubenzucker- oder Maltoseagar von Anfang an ein üppiger, weißflaumiger Belag auf der Oberfläche, als ob es sich, wie Sabouraud[1]) hervorhebt, um die pleomorphe, sekundäre Kultur irgend eines anderen Dermatophyten handele, statt um eine primäre Kultur. In den ersten vierzehn Tagen zeigte sich ein feiner Strahlenkranz, nach fünf bis acht Tagen nach der Beimpfung begann das Zentrum sich zu vertiefen, so daß im ausgewachenen Zustand eine deutliche Trichterform entstand. Ende der zweiten Woche zeigten sich radiäre Furchen und Andeutungen zu Faltenbildungen auf der Oberfläche, die mit zunehmender Reife ausgeprägter wurden und auch noch zu konzentrischer Furchenbildung führten. Immer aber war der dichte üppige Flaum als besonderes Merkmal erkennbar. War das Wachstum auf Peptonagar auch weniger üppig, so zeigte es doch dieselben Eigentümlichkeiten. Am üppigsten gedieh der Pilz auf Bierwürzeagar. Hier zeigte der Flaum eine sehr reich gewundene, zerebriforme Oberfläche, die bis an den Rand des Kolbens reichte und fast völlige Übereinstimmung mit der Abbildung Bodins zeigte. Meist machte sich schon Anfang der vierten Woche ein deutliches Tiefenwachstum auf allen Nährböden bemerkbar, das sonst nur dem Achorion Schönleinii zugeschrieben wird. Dasselbe wurde mit zunehmendem Alter (6 Wochen) der Kulturen immer ausgesprochener, bes. auf KH-reichen Nährböden. Ein einziges Mal bildete der Pilz auf Traubenzuckeragar ein frischrosarotes Pigment, das mit der Zeit stark nachdunkelte. Im Brutschrank zeigte sich weder stärkeres Wachstum noch Pigmentbildung. Auf einem mir von Grütz-Kiel freundlichst zur Ver-

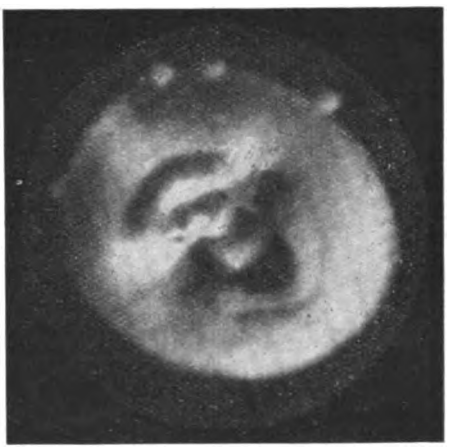


Abb. 1.

[1]) Sabouraud, Les teignes, 1910, S. 550.

Digitized by Google

fügung gestelltem Nährboden gedieh der Pilz fast ebenso üppig wie auf Bierwürzeagar, zeigte aber auch hier in der vierten Woche ausgesprochene Trichterbildung (Abb. 1).

Das mikroskopische Bild der Kulturen war sehr eintönig. Man sah in Präparaten dünne Myzelien mit reichlichen, an kurzen Stielen sitzenden Ektosporen, welche auch disseminiert in großer Menge sichtbar waren. Wenn die Kulturen alterten und Risse zeigten, schwand der Flaumtyp mehr und mehr, die Oberfläche nahm ein mehr crêmeartiges, trockenes Aussehen an. In diesem Stadium zeigten die Präparate dünne Myzelien mit Protoplasmaschwund und zwischengeschalteten seiten- oder endständigen Chlamydosporen.

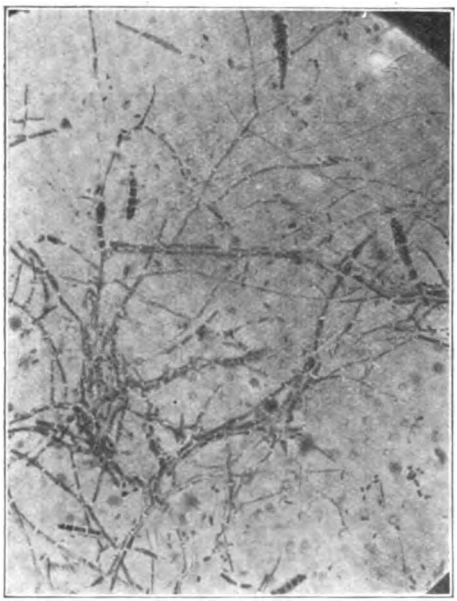


Abb. 2.
Leitz 6, Oc. 2, Vergr. 400fach.

Abb. 3.
Leitz 6, Oc. 2, Vergr. 400fach.

b) Mikrokulturen. Vielgestaltiger war das mikroskopische Bild bei Wachstum im hängenden Tropfen oder auf Hautschuppen in der feuchten Kammer. Hier traten neben Ektosporen auch die bekannten mehrkammerigen Spindeln auf, und zwar vereinzelt manchmal schon am zweiten Tage; innerhalb einer Woche waren sie in beträchtlicher Menge zu sehen. Sie verlaufen nach allen möglichen Richtungen und sitzen gestielt in Lufthyphen und deren Seitenzweigen (Abb. 3) manchmal zu zweien. Ihre Größe ist verschieden, sie treten 4—7kammerig auf. Auch die einzelnen Kammern sind verschieden groß und geformt. So sieht man Spindeln, die sich wie raupenartige Gebilde ausnehmen (Abb. 2), deren einzelne Glieder wie die Körper einer Wirbelsäule aussehen; die Konturen der Spindeln haben dann einen gewellten Verlauf und zeigen vielfach

Digitized by Google

eine mehr konkave und eine mehr konvexe Fläche; in anderen Fällen sind die Spindeln von geraden Wänden begrenzt, die einzelnen Kammerabschnitte haben die Form von Rechtecken oder Dreiecken. Besonders deutlich traten diese Formen in einem Fall auf, wo der auf einer Hautschuppe in feuchter Kammer gezüchtete und mit einem Deckgläschen bedeckte Pilz an diesem Deckgläschen wucherte (Abb. 2). Hier sieht man auch deutlich die birnförmigen Sporen. Das Myzel zeigte in diesem Fall sehr reichliche Septierung. Im hängenden Tropfen sind die am Myzel kurz gestielt in Reihen sitzenden Ektosporen sehr schön zu sehen; im ganzen aber weniger zahlreich als die Spindeln vertreten (Abb. 3). Den Verlauf der sporentragenden in anderer Ebene liegenden Stengel kann man nur aus der Lage der Sporen ahnen. In einem anderen Fall trat die Spindelbildung ganz zurück; vielmehr bildeten sich nur einige, wenige, kolbenartige, unseptierte Gebilde, gestielt, an Lufthyphen sitzend. In der Mitte sah man offenbar Bildungen, wie sie SABOURAUD[1]) beim Mikrosporon Audouini als „Hyphes sporifères infertiles" beschreibt: „Ersatz der Sporen durch unfertige Fäden, d. h. Ansätze von Myzelfilamenten an Stelle der Sporen, die oft nicht zur Reife kommen". Auch Vegetationszentren, wo die Spindeln in dichten Gruppen lagen, konnte ich, wie SABOURAUD, konstatieren, dagegen vermißte ich sein „knotiges Organ" und Sporen in Traubenform angeordnet.

In seinen wesentlichen Merkmalen zeigt somit der Pilz makro- und mikrokulturell weitgehendste Ähnlichkeit mit SABOURAUDS klassischer Schilderung (schnelles Wachstum, von Anfang an üppiger Flaum, Bildung von Ektosporen und mehrkammerigen Spindeln), sowie mit gewissen Mikrosporon- und Trichophytonpilzen. Wenn dann, wie häufig, auch noch das klinische Bild keine Anhaltspunkte liefert (Favus herpeticus), wird eine endgültige Feststellung des Pilzes nur im Tierexperiment möglich sein. Obwohl in unserem Fall die Diagnose durch Skutula gesichert war, suchte ich doch den Nachweis zu liefern, daß meine vom Patienten gewonnenen Reinkulturen beim Tiere wieder den Favusprozeß erzeugen können.

III. Impfversuche.

Nach TOMASCZEWSKIS Angaben reagiert das Meerschweinchen am intensivsten auf die Inokulation. Merkwürdigerweise schlug gerade bei ihm eine vorgenommene Impfung fehl, während sie beim Kaninchen und bei der Maus anging. Beim Kaninchen erhielt ich nach 8 Tagen auf geröteter Basis einen stecknadelspitzgroßen graugelben Belag, der nach weiteren 10 Tagen bis zu einer kleinfingernagelgroßen, rissigen Kruste angewachsen war, dessen Randpartien deutliche Abhebung zeigten. Am nächsten Tag sollte die Masse exzidiert und für Schnitte eingebettet werden; sie war aber bereits abgestoßen; die Stelle heilte in einigen Tagen ab. Bei der Maus mußte ich 10 Tage warten, ehe sich nach und auf einer entzündlichen Rötung eine kaum stecknadelspitzgroße weißliche Auflagerung zeigte, die in weiteren 5 Tagen Kleinerbsengröße erreichte; auf der oberen Hälfte derselben war die Hornschicht abgestoßen (Abb. 4).

[1]) SABOURAUD, l. c. S. 666.

Digitized by Google

Der Herd wurde exzidiert und für Serienschnitte vorbereitet. Es stellte sich heraus, daß die Auflagerungen beträchtliche schüsselförmige Gestalt hatten und den Typ von Skutulis repräsentiertien, wie ihn STEIN [1]) von dem durch Achorion Schönleinii erzeugten unterscheidet (Abb. 5). Nach diesem Autor wird das Skutulum der Tierfavus-Arten „in kürzester Zeit durch eine breite Schale konzentrisch vorrückender Leukozytenschwärme von der Unterlage abgehoben und alsbald eliminiert", während das des SCHÖNLEINschen Pilzes in eine napfförmige Grube eingebettet ist, deren Grund nur eine spärliche seröse Durchtränkung aufweist; es findet sich nur ein schmaler, vielfach unterbrochener Leukozytenwall, der das Skutulum umgibt ohne es abzuheben. Diese Unterscheidung dürfte auch den von SABOURAUD gegebenen Abbildungen entsprechen.

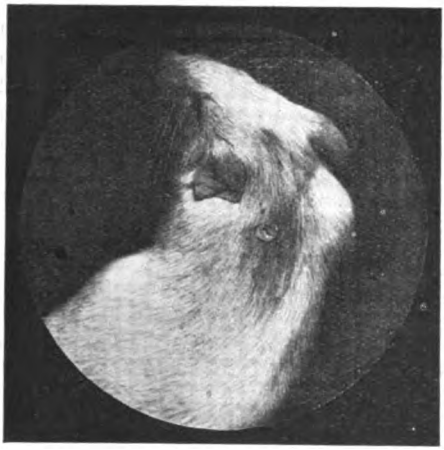


Abb. 4.

Um auch noch das eingangs erwähnte Symptom der Hautallergie — von BLOCH [2]) zuerst entdeckt und studiert — zu prüfen, nahm ich, weil bei dem Patienten eine Impfung versehentlich unterlassen war, eine solche bei mir selbst vor, nachdem eine 14 Tage vorher an meinem Unterarm vorgenommene Impfung mit Pilzreinkulturen nicht über das herpetische Stadium hinausgekommen und in Abheilung begriffen war. Ich benutzte das Höchster Trichophytin 1 : 20 und erhielt schon am nächsten Tage eine höchst intensive Kutireaktion. STEIN [1]) hatte

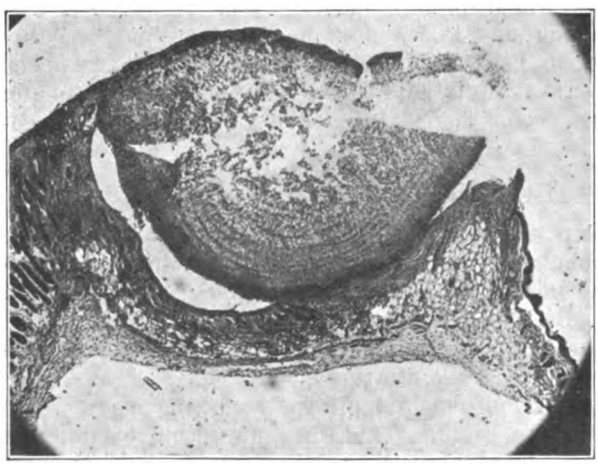


Abb. 5.
Zeiß 35 m/m, Oc. 2, Vergr. 255fach.

[1]) STEIN, l. c. — [2]) BLOCH, Zur Lehre von den Dermatomykosen. Arch. f. Derm., Bd. 93, S. 1 u. 2. BLOCH u. MASSINI, Studien über Immunität u. Überimpfindlichkeit bei Hyphomyzetenerkrankungen. Zschr. f. Hyg., 1909, Bd. 63. BLOCH, Med. Kl., 1911, Nr. 16.

Digitized by Google

kürzlich an seinem Krankenmaterial nachgewiesen, daß dieselbe bei echtem Favus stets negativ ist. Somit war der Beweisring geschlossen, daß es sich bei unserem Pilz um einen Tierfavuserreger handeln müsse. Berücksichtigen wir ferner die Tätigkeit des Patienten für die Zeit der Erkrankung, die Häufigkeit des Quinckeschen Pilzes im Verhältnis zu anderen Tierfavuspilzen und die Tatsache, daß das allein noch in Betracht kommende Achorion gallinae im Brutofen regelmäßig ein violettrosa Pigment bildet, so kann es keinem Zweifel unterliegen, daß es sich hier um den Quinckeschen Pilz handeln muß.

Aus der Dermatologischen Klinik der Universität Leipzig (Direktor: Prof. Dr. Rille).

Die gefärbte Normomastixreaktion (Kafka) im Liquor cerebrospinalis.

Von

Dr. Tibor Benedek, Volontärarzt der Klinik.

Mit 8 Kurven im Text.

(Fortsetzung.)

Blutbeimengungen zum Liquor. Sera.

Außerordentlich bunt und wenig einheitlich ist das Bild, das die Frage der Serumausfällung in den Goldsol- sowohl als auch in den älteren Mastixarbeiten bietet.

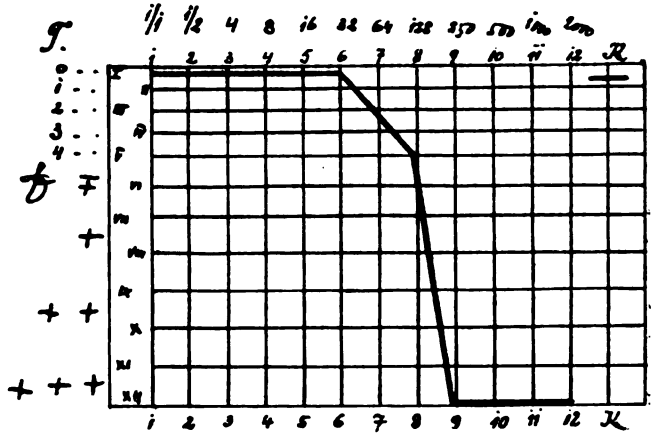
C. Lange hat bekanntlich die GR zuerst zur Entscheidung der Frage verwenden wollen, ob ein Blutserum luetisch ist oder nicht. Seine Angaben kann man kurz dahin zusammenfassen, daß irgend ein gesetzmäßiger Zusammenhang zwischen luischen und normalen Seren nicht zu erzielen war. Die luischen Seren boten allerdings eine stärkere Ausfällung als die normalen, aber die Übereinstimmung mit der WR ergab nur etwa 70%.

Kafka äußerte sich diesbezüglich nur dahin, daß eine Blutbeimengung eine Andeutung oder stärkere Ausbildung der Meningitiskurve zeigen kann. Eskuchen betont auch die Ähnlichkeit der Serumkurve mit der Meningitiskurve. Der Abfall soll zum maximalen Niveau noch unvermittelter sein: — $^1/_8$ = F+++, während bei den stärksten Verdünnungen wieder ein leichter Anstieg stattfand. Die Blutbeimengung zum luischen Liquor gab ein ganz widersprechendes Resultat: bald verwischte die Serumkurve die Lueskurve, insbesondere die negative Phase, vollständig; bald ergab sich eine reine Lueskurve.

Weigeldt widmet in seiner Goldsolarbeit eingehende Erörterung der Frage von der Blutbeimengung zum Liquor. Nach diesem Autor liegt mit ziemlicher Exaktheit die durch Blutbeimengung verursachte Ausflockungszone in den stärkeren Liquorverdünnungen — beginnend bei $^1/_{320}$ und aufhörend bei $^1/_{2500}$—$^1/_{10000}$ — ganz nach der Menge des beigemischten Blutes. Im Falle von Blutbeimengung konnte er achtmal das interessante Phänomen beobachten, daß zwei Ausfällungsmaxima zustande kamen, das eine links, das Charakteristikum der Lues, das andere rechts, durch den Blutgehalt verursacht.

Digitized by Google

Eingehend beschäftigte sich MAYR mit der Frage der Serumkurven im Goldsol. Dieser Autor hatte an 100 Seren die Einflüsse untersucht, die die luetischen Seren auf die Goldsole ausüben. Überschaut man die gesetzmäßigen Verschiedenheiten der luischen und nichtluischen Seren auf die Goldsollösung, so ergibt sich, das ein greifbarer Unterschied in einer wesentlich geringeren Prozentzahl, im Vergleich zu der LANGES, erzielt werden konnte. Nach MAYR soll nicht die Reaktion als solche versagt haben, sondern die Schuld läge an der Verschiedenheit der Goldsole. MAYR sah die Goldlösung noch in stärkerer Verdünnung deutlich ausflocken und diese Ausflockung ist noch bis zu einer Verdünnung von 40 Millionen nachweisbar, während sog. normale Sera das Maximum der Ausflockung bei stärkerer Konzentration erreichen und von etwa 2½ Millionen ab die Goldlösung ohne sichtbare Veränderung



Kurve III. Serumkurve.

——— Serumkurve.

lassen. U. E. ist aber der Unterschied in der graphischen Darstellung beider Kurven so gering (nur ein quantitativer!), daß die Verwendung des Goldsols zur Untersuchung der Seren praktisch so gut wie unmöglich ist.

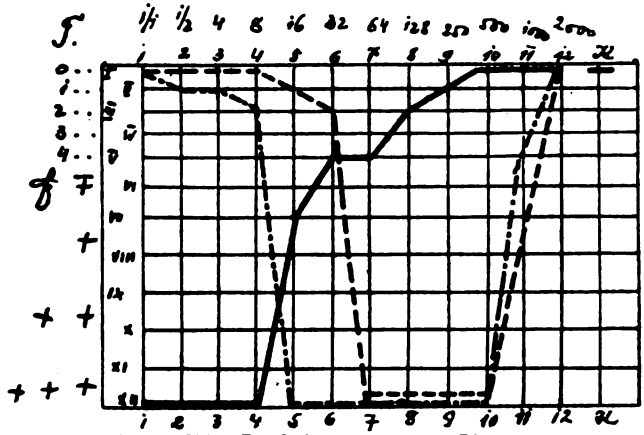
Wir haben unsere Untersuchungen auch auf die Seren und auf die blutigen Liquores ausgedehnt, um zu sehen, inwiefern die Befunde bei NMR mit denen von GR übereinstimmen, und ob überhaupt eine Aussicht besteht, durch diese kolloidale Methode eine Differenztialdiagnose von luischen und nichtluischen Seren zu geben.

Wir haben fünfzig verschiedene Sera mit mehreren Mastixstammlösungen untersucht. Das Ergebnis war absolut eindeutig. War das ein luisches Serum, das nach WR = ++++ war, oder ein Serum von einem Lues-latens-Fall, wo das Resultat der WR negativ ausfiel; oder das Serum von Fällen mit verschiedenen Dermatosen, die sonst mit Lues nie in Berührung kamen, oder schließlich Fälle, die durchaus normal waren: fanden wir ständig denselben Typ von einer Serumkurve. (Kurve III.)

Digitized by Google

Bei der Serumkurve waren die ersten Röhrchen von 1—7—8 total unverändert; im 7. oder 8. Röhrchen, also bei einer Verdünnung von $^1/_{64}$ usque $^1/_{128}$, trat erst eine Trübung — T3—T4 — auf, um im nächsten Röhrchen, als bei einer Verdünnung von $^1/_{128}$—$^1/_{250}$ maximale Ausfällung — F+++ — zu verursachen, auf welchem Niveau die Kurve dann bis zum Schlusse verblieb.

Öfters haben wir die Gelegenheit gehabt, Liquores von Tabes dorsalis, Paralysis progressiva, wiederholt untersuchen zu können. Wo keine artifizielle oder sonstige Blutbeimengung vorhanden war, war das Ergebnis eine „paralytische" Kurve. Wurden dieselben Fälle binnen kurzem nochmals untersucht, wo eine artifizielle Blutbeimengung zu verzeichnen war, war die vorherige paralytische Kurve spurlos verschwunden, um einer typischen Serumkurve Platz zu geben.



Kurve IV. Blutbeimengung zum Liquor.
——— Tabes dorsalis, -·-·-· Liquor 0,9 + 0,1 Serum,
— — — Liquor 0,7 + 0,3 Serum, Liquor 0,5 + 0,5 Serum.

An der Hand dieser Befunde dachten wir auch daran, ob nicht etwa das Quantum des zum Liquor beigemischten Blutes irgend einen Einfluß auf den Kurventyp ausübt.

Zu dieser Untersuchung haben wir einen vollkommen reinen Liquor von einem Fall mit Tabes dorsalis genommen. Das Resultat ergab: F+++ $^1/_1$—$^1/_8$. Dann ist die Untersuchung mit einem, gesunden, WR-negativen Serum angestellt. Das Ergebnis war die oben besprochene Serum-Kurve.

Es wurden dann von dem Tabes-Liquor mit dem negativen Serum drei Verdünnungen hergestellt:

1. Liquor 0,9 + 0,1 Serum
2. „ 0,7 + 0,3 „
3. „ 0,5 + 0,5 „

bei allen drei Verdünnungen war die „paralytische" Kurve verschwunden, bei der Verdünnung 2. und 3. verlief die Kurve von $^1/_1$—$^1/_{32}$ bei T0, um bei $^1/_{64}$ F+++ zu zeigen, auf welcher Linie die Kurve bis zum Schluß verharrte (Kurve IV.)

Digitized by Google

Bei der Verdünnung 1 trat nur insofern ein Unterschied auf, daß die F+++ bei $^1/_{16}$ zum Durchbruch kam, um weiter dasselbe Verhalten zu zeigen, wie die zwei anderen Verdünnungen. Der vorstehende Versuch ist in zehn Fällen mit verschiedenen Liquores und Seris ausgeführt worden, ohne daß aber irgend eine Abweichung von dem eben skizzierten Verlauf der Reaktion zu beobachten gewesen wäre.

Diese Einwirkung der Blutbeimengung auf den Liquor kann den Grund zu einer theoretischen Überlegung geben. Die eklatante „Rechtsverschiebung" im Kurvenbilde der NMR scheint nämlich dafür zu sprechen, daß die kolloidale Ausfällung an Eiweiß, insbesondere an Globuline gebunden ist, durch deren Vermehrung die Rechtsverschiebung bedingt ist. Nach Sahlgrens Untersuchungen sollen die Pseudoglobuline, die im Serum in viel größerem Quantum vorhanden sind, dafür besonders verantwortlich sein.

Die praktische Wichtigkeit der Blutbeimengung kann im Falle der eitrigen Meningitiden betont werden. Wie wir sehen werden, tritt eine bedeutende Rechtsverschiebung bei der eitrigen Meningitis auf, in derselben Zone, wo das Serum ausfällt. Die beiden Kurven müssen also zusammenfallen oder gar sich gegenseitig verstärken.

Wie aus den obigen Ausführungen hervorgeht, kann eine artifizielle Blutbeimengung von einer spontanen durch die NMR nicht unterschieden werden. Wie man keine Zellzählung vornehmen und die anderweitigen Eiweißproben nicht anstellen kann, ebenso illusorisch ist die Ansetzung der NMR im Falle einer Blutbeimengung.

Luetische Liquores.

Es sind zusammen 106 luetische Liquores untersucht worden, in welcher Anzahl 68 Liquores positiv, 38 negativ reagierten. Im Vordergrund der Untersuchungen standen vor allem Lues latens, die mit 33 Fällen, von denen 12 positiv und 21 negativ ausfielen, vertreten waren; weiter Tabes dorsalis mit 21 Fällen, darunter 17 positiv, 4 negativ; ferner Paralysis progressiva mit 19 Fällen, darunter 18 positiv und 1 negativ. Die übrigen syphilitischen Liquores stammen fast ausschließlich von Patienten her, die an einer mehr oder minder aktiven Erkrankung des ZNS gelitten haben. (Tabelle I.) Aus dieser Zusammenstellung geht auch hervor, daß die interessanteste Möglichkeit, mit der NMR zu arbeiten, auf dem Gebiete der Neurolues liegt.

Bei den Lues-latens-Fällen, die ein positives Resultat NMR ergaben, fanden wir mit einem kleinen quantitativen Unterschied qualitativ denselben Kurventyp. In einem Teil der positiven Fälle haben wir eine Ausfällung: F+++ bei $^1/_1$—$^1/_4$, worauf die Kurve sich ziemlich steil wieder zur Norm erhob. In anderen Fällen haben wir eine breitere Ausfällung erhalten, so daß die Kurve bei $^1/_2$ F+++ zeigte, und sie bis $^1/_{16}$ auf diesem Niveau verblieb, um dann mit einer steilen Erhebung in die T und zur Norm zurückzukehren. Bei den einschlägigen negativen Fällen fanden sich die bereits erwähnten Kurvenzacken in der T. In diesen Fällen waren sämtliche Reaktionen sowohl im Liquor als auch im Blute negativ.

Digitized by Google

Eine besonders wertvolle Unterstützung fanden wir in der NMR, wo wir drei Liquor-positive Fälle aus dieser Gruppe endolumbal zu behandeln Gelegenheit gehabt haben. Bei diesen Lues-latens-Fällen waren die anderen Liquorreaktionen — einschließlich der WR — infolge der endolumbalen Behandlung bald negativ geworden, während die NMR noch längere Zeit positiv verblieb, bis sie auch im Laufe der weiteren Behandlung eine vollständig negative Kurve ergab. Ob die negative NMR in diesen Fällen eine dauernde Heilung bedeutet, möchten wir dahingestellt sein lassen.

Die Fälle von Lues cerebrospinalis, Tabes dorsalis und Paralysis progressiva möchten wir gemeinsam abhandeln, da es vorweggesagt werden kann, daß wir auf Grund unserer Untersuchungen keine krankheitsspezifische Kurvenbilder für sie bei der NMR feststellen konnten. Es ist vielmehr zu sagen, daß man bloß eine quantitative Vertiefung und Verbreiterung der F beobachtet, wenn man Kurvenbilder von Lues-latens-Fällen, von Lues csp., Tabes dorsalis, Paralysis progessiva eingehend studiert, ohne irgend einen qualitativen Unterschied herausfinden zu können.

Es ist hervorzuheben, daß die 8 Fälle von Lues csp. mit zwei Ausnahmen eine positive NMR ergaben. Die positiven Kurven zeigten eine Ausfällung F+++ — bei einer Verdünnung von $^1/_2$—$^1/_8$—$^1/_{16}$. In einem Fall von Lues csp. waren sämtliche Reaktionen negativ, nur die NMR ergaben eine positive Ausflockung. Bei den zwei negativen Fällen, deren einer ein vollständig negatives Reaktionsspektrum zeigte, und deren zweiter außer positiven PANDY, ebenfalls negativ war, ergab eine kleine „Kurvenzacke" in der T bei $^1/_2$—$^1/_4$ bis zur T-3—4. Ein ähnliches Verhalten haben wir bei den Lues-latens-Fällen schon hervorgehoben.

Für Tabes dorsalis und Paralyse haben wir bis auf einen geringen qantitativen Unterschied, sehr ähnliche, fast gleiche Kurven, erhalten.

Die 17 positiv reagierenden Tabesfälle zeigten eine Ausfällung bei der Verdünnung von $^1/_1$—$^1/_{16}$ oder von $^1/_2$—$^1/_{32}$ — F+++ — also eine ähnliche Kurve, wie bei der Lues csp., nur etwas vertieft und verbreitert. In diesen Fällen zeigte die WR oft erhebliche Schwankung oder sie war trotz der Auswertung nur schwach positiv.

Die 4 negativen Fälle zeigten ein negatives Verhalten im ganzen Liquorspektrum und NMR wies wiederum eine „Kurvenzacke" in der T bei $^1/_2$—$^1/_8$—$^1/_{16}$ bis zur T 2—3 auf.

Durchwegs die eindeutigsten und schwersten Resultate haben die Fälle von Paralysis progressiva geliefert. Wie aus der Tabelle I ersichtlich ist, haben von den 19 Fällen von Paralysis progressiva mit einer Ausnahme, sowie der einzige Fall von Taboparalyse positiv reagiert, und zwar mit einer F+++ bei $^1/_1$—$^1/_{32}$—$^1/_{64}$, was eine weitere Verbreiterung der Kurve bedeutet. (Kurve V.)

Der einzige Fall, der eine negative NMR ergab, hat auch ein vollständig negatives Reaktionsspektrum gehabt.

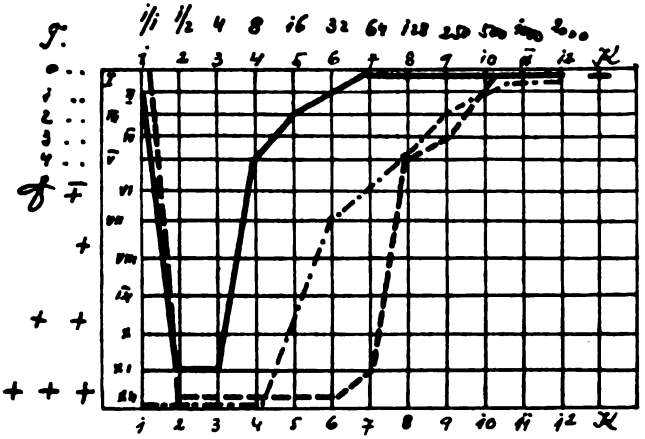
Nachdem wir an der Hand derjenigen luetischen Liquores, wo wir die meisten Fälle — Lues latens, Tabes, Paralyse — zu verzeichnen

Digitized by Google

gehabt haben, eingehend erörterten, um auf deren Grund die herauszulesende Gesetzmäßigkeit einigermaßen festzulegen, möchten wir noch kurz über unsere Resultate bei anderen luetischen Liquores verschiedener Krankheitsbilder berichten.

Bei Lues cerebri sind in den 3 positiven Fällen Kurven der NMR erhalten worden, die weder qualitativ noch quantitativ von einer positiven Kurve der Lues csp. unterschieden werden konnten. In negativen Fällen war wieder die bereits öfters erwähnte Kurvenzacke zu beobachten.

Sehr bemerkenswert sind die Resultate in den drei untersuchten positiven Fällen von Haemorrhagia cerebri (Lues positiv), wo der entnommene Liquor auch mikroskopisch vollkommen blutfrei war und die WR im Liquor bei Auswertung negativ ausfiel. Es zeigte sich eine Kurve, die bei der Verdünnung $^1/_4$—$^1/_8$ F +—F ++ aufwies.



Kurve V. NMR bei luetischen Erkrankungen.
——— Lues cap., -·-·- Tabes dors., — — — Paralysis progr.

Meningitis luetica lieferte in einem der untersuchten Fälle bei negativer WR und positiven anderen Reaktionen eine Ausfällung bei $^1/_4$—$^1/_8$ bei F +; in dem anderen Falle, wo neben den anderen positiven Reaktionen Liquor-WR schwach positiv war, fanden wir eine vertiefte und verbreiterte Ausfällung — F +++ — von $^1/_8$—$^1/_{64}$, eine Kurve, die wir sonst nur bei Paralysis progressiva gefunden haben.

Bei den untersuchten zwei Fällen von Lues congenita fand sich eine vollkommen negative NMR in einem Falle, wo auch das ganze Reaktionsspektrum negativ ausfiel; in dem zweiten Falle zeigte die NMR eine Ausfällung F ++ bei $^1/_2$—$^1/_4$. In diesem Falle waren Blut- und Liquor-WR sowie die anderen Reaktionen im Liquor stark positiv.

Lues hereditaria tarda zeigte in einem Falle eine vollständig negative Kurve, bei sonst auch negativem Spektrum; in dem anderen Falle fanden wir bei $^1/_4$—$^1/_8$ F ++ bei sonst schwachem Reaktionsspektrum.

In den 2 Fällen von Epilepsie, wo in der Anamnese Lues positiv war, bekamen wir eine negative NMR, die aber in der T eine

Digitized by Google

breite Kurvenzacke von $^1/_4$—$^1/_{32}$ T 4 zeigte, und sie wiesen im ganzen vollständig negatives Reaktionsspektrum auf.

Ein Fall mit Lues I (Salvarsanintoxikation), wo die anderen Reaktionen, bis auf Pándy, im Liquor negativ waren, zeigte eine abgeschwächte Kurve von Lues csp.

Die 2 positiven Fälle von Lues II meningealer Reizung zeigten in der positiven NMR-Kurve wiederum nichts Charakteristisches. Es fand sich eine Ausfällung bei $^1/_4$—$^1/_8$ bei F +. Die einschlägigen negativen Fälle zeigten eine Kurvenzacke in der T.

Der eine Fall Lues III, den wir zu untersuchen Gelegenheit gehabt haben, ein Fall von Lueslaryngis, hat im Liquor Blutbeimengung gehabt und lieferte eine Serum-Kurve. Die Liquor-WR war in diesem Falle auch negativ, die anderen Untersuchungen konnten wegen Blutbeimengung nicht angestellt werden.

Tabelle II.

Klinische Diagnose	Zahl der NMR		Liquor WR		Blut WR		Pándy		Ph. I		Sublimat		Zellzahl	
			+	−	+	−	+	−	+	−	+	−	+	−
Lues I	+	1	·	1	1	·	1	·	·	1	·	1	·	1
	−	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·
Lues II	+	2	·	2	1	1	·	2	·	2	2	·	2	·
	−	4	1	3	1	3	1	3	·	4	·	4	·	4
Lues latens	+	12	7	5	9	3	10	2	8	4	7	5	9	5
	−	21	1	20	1	20	2	19	1	20	1	20	·	21
Lues III	+	1	1	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·
	−	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·
Lues cerebrospinalis	+	6	3	1	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2
	−	2	·	2	·	2	·	2	1	1	·	2	·	2
Tabes dorsalis	+	17	8	9	1	16	14	3	9	4	11	6	4	10
	−	4	·	4	·	4	·	4	3	1	1	3	·	4
Paralysis progressiva	+	18	18	·	15	3	18	·	18	·	18	·	16	2
	−	1	·	1	·	1	·	1	·	1	·	1	·	1
Taboparalyse	+	1	1	·	1	·	1	·	1	·	1	·	1	·
	−	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·
Lues cerebri	+	3	1	2	3	·	3	·	2	1	2	1	2	1
	−	2	1	1	·	2	·	2	·	2	·	2	·	2
Haemorrhagia cerebri	+	3	·	3	·	3	3	·	2	1	2	1	2	1
	−	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·
Meningitis luica	+	2	1	1	1	1	2	·	2	·	2	·	2	·
	−	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·
Lues congenita	+	1	1	·	1	·	1	·	1	1	1	·	1	·
	−	1	·	1	·	1	·	1	·	·	·	1	·	·
Lues hereditaria tarda	+	1	1	·	1	·	1	·	1	1	1	·	1	·
	−	1	·	1	·	1	·	1	·	·	·	1	·	1
Epilepsie (Lues +)	+	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·
	−	2	·	2	·	2	·	2	·	·	·	2	·	2

Da aus drucktechnischen Gründen, bei dieser Anzahl von Untersuchungen, unmöglich ist, den Ausfall der Resultate von Fall zu Fall mit Kurven und dem dazu gehörigen Liquorreaktionsspektrum einzeln

Digitized by Google

zu belegen, haben wir in der vorhergehenden Tabelle summarisch aufgeführt, wie sich die einzelnen Reaktionen in bezug auf den positiven oder negativen Ausfall der NMR verhalten haben.

Nach der Erörterung des Reaktionsausfalles bei der NMR in unserem luetischen Material, müssen wir jetzt die Frage untersuchen, ob man berechtigt ist, krankheitsspezifische Kurven für die einzelnen luogenen Erkrankungen des ZNS aufzustellen.

Als die erste der Kolloidreaktionen, das Goldsol, in die klinische Untersuchungstechnik eingeführt worden ist, war man anfangs des Glaubens und der Hoffnung, daß wir spezifische Kurven nicht nur für die Luesgruppe, Meningitiden und Sera finden werden, sondern daß man spezifische Kurven innerhalb der Luesgruppe wird aufstellen können.

Für krankheitsspezifische Kurven innerhalb der Luesgruppe trat erst ESKUCHEN ein, stützend auf seine Erfahrung bei Goldsol.

ARZT und FUHS haben ESKUCHENS Angaben, der nach LANGES Muster eine Reihe von charakteristischen Kurventypen aufgestellt hat, untersucht, Kurventypen, deren Spezifität für die einzelnen Krankheitsbilder von manchen Autoren (WEIGELDT, KYRLE-MRAS und BRANDT u. a.) auf Grund ihrer Beobachtungen angezweifelt wurde.

ARZT und FUHS haben bei ihren Untersuchungen folgende, sog. „spezifische" Kurven herausgeschält:

1. eine sog. Paralyse-Kurve fanden sie bei Liquores, und zwar bei 1 Paralysis progr., 2 Tabes dorsalis, 1 Lues csp., 2 Lues latens, 2 Rezidivexanthem, endlich 1 Erstlingsexanthem, 1 Encephalitis haemorrhag., 1 Rezidivexanthem mit Periostitis luica.

2. „Tabes-Kurven" sind bei 11 Liquores vorgekommen: 3 Tabes dorsalis, 2 Lues cerebri, 2 Lues latens, 3 Rezidivexanthem, 1 seronegative Sklerose.

3. „Kurve der Lues cerebrospinalis" (Kombination von Tabes und Paralyse-Typus) zeigten 5 Liquores: darunter 2 neurologisch sichere Lues csp., 1 Tabes dors., 2 Lues latens.

4. „Kurve der Lues II" mit meningealer Reizung. Sie wurde von ESKUCHEN so bezeichnet, da sie bei Personen mit positiver WR im Blute, aber ohne klinische Zeichen von seiten des ZNS (Lues latens) vorkommt. Diese Kurve fanden ARZT und FUHS unter 375 Fällen annähernd bei 24 Liquores (etwa 7%).

Nach den Ergebnissen ihrer Untersuchung können die erwähnten Autoren der Aufstellung typischer Kurven für die einzelnen Formen luogener Nervenerkrankungen nicht allgemein zustimmen.

JAKOBSTHAL und KAFKA nehmen folgende Kurventypen innerhalb der Luesgruppe an:

1. eine spezielle Kurve für „Paralyse-Liquor". Hier zeigen sich die stärksten Grade der Ausflockung in den ersten Röhrchen.

2. eine Kurve beim Liquor vieler Fälle von Lues ohne deutlich klinische Erscheinung von seiten des ZNS, wo sich nicht selten die „Lueszacke", d. h. eine schwache Ausflockung im zweiten und dritten Röhrchen fand.

3. eine Kurve für den Liquor frischer Tabes und Lues-csp.-Fälle, welche oft eine vertiefte und verbreiterte „Lueszacke" darbot.

Digitized by Google

Schließlich kommen Jakobsthal und Kafka zu der Auffassung, daß zwischen den Kurven von Lues II, Tabes, Paralyse, Meningitis kein qualitativer, sondern lediglich ein quantitativer Unterschied besteht.

Bei der Durchsicht und genauer Prüfung der eigenen Kurvenbilder, die von den Liquores herstammten, wo eine luetische Durchseuchung des Gesamtorganismus mit oder ohne Mitaffektion des ZNS vorlag, konnten wir feststellen, daß luetische Liquores ohne Ausnahme nur im Anfangsteile der Röhrchenreihe eine kolloidale Ausfällung aufwiesen, Bei keiner Form oder keinem Stadium der Lues haben wir eine atypische „Rechtsverschiebung" in unseren Kurvenbildern beobachten können.

In der Literatur hat sich die Bezeichnung der „Paralyse-Kurve" eingebürgert. Dieser Bezeichnung — sollte sie einen klinischen Ausblick in bezug auf das zukünftige Schicksal des Patienten geben — können wir nicht beipflichten. Allerdings müssen wir zugeben, daß wir bei klinisch unzweifelhaften Paralysefällen — mit einer Ausnahme, die wir bereits erwähnt haben — tatsächlich, die in der Literatur unter dem Namen „Paralyse-Kurve" bekannten Kurvenbilder erhalten haben. (Siehe Kurve V.) Dagegen fanden sich aber Kurven, die von Tabesfällen herrührten, oder von Patienten mit latenter Lues erhalten wurden, wo die NMR eine Kurve lieferte, die der vorhererwähnten Kurve vollkommen ähnlich war.

Arzt und Fuhs erwähnen einen Fall in ihrer Arbeit, wo sie im Liquor eines luetisch Infizierten eine „Paralyse-Kurve" im Goldsol erhalten haben, zu einer Zeit, wo klinisch nicht die geringste Spur von Paralyse vorhanden war, und der Betreffende bekam sechs Monate später einen Ausbruch einer vollständig ausgebildeten Paralyse.

Ob also diejenigen Fälle mit luetischen Erkrankungen des ZNS, die bei der Untersuchung mit NMR eine Ausfällung — F+++ — von $^1/_1$—$^1/_{32}$—$^1/_{64}$ liefern, sichere Kandidaten einer späteren Paralyse sind, kann vorläufig, in Anbetracht der sehr vereinzelten ähnlichen Fälle, wie der oben erwähnte Fall von Arzt und Fuhs, mit Sicherheit nicht entschieden werden.

Es waren in unserer Behandlung zwei Patienten, deren Liquores ganz ähnliche „paralytische Kurven" aufwiesen. Der eine hatte vor 20 Jahren eine luetische Infektion durchgemacht, und litt seit acht Jahren an einer Tabes dors. mit schweren gastrischen Krisen. Der andere Patient, ein Fall von Lues latens, ohne irgend welche klinische Erscheinungen, war der zweite Fall. Beide Fälle sind intravenös und endolumbal lange Zeit behandelt worden, und die Liquores haben nach und nach ihren entzündlichen Charakter verloren, öfters war die WR negativ, die NMR aber zeigte ständig denselben Kurventyp. Die Betreffenden stehen fast zwei Jahre in Beobachtung ohne zur Zeit einen Anflug von Paralyse zu haben.

Wir sind dessen vollkommen bewußt, daß diese Beobachtungszeit bei so ungemein chronisch verlaufenden Krankheitsformen, wie die luetischen Erkrankungen des ZNS, eine zu geringe ist, um voraussagen zu können, ob diese erwähnten oder ähnlich liegenden Fälle später der Paralyse verfallen oder nicht. Dazu brauchen wir viele derartige

Digitized by Google

Fälle lange Zeit hindurch genau zu beobachten, um aus den Kurvenformen eine Voraussage wagen zu dürfen. Es ist mal sicher, daß die bisher üblichen Untersuchungsmethoden nur ganz grobe, infolgedessen oberflächliche Zustandsänderungen gezeigt haben, die im System der Liquor-Eiweiß-Kolloide vor sich gegangen sind. Wenn also, nach dem Schwund der akut entzündlichen Erscheinungen, bzw. nach dem Rückgang der sie anzeigenden Reaktionen (die klassischen vier Reaktionen von NONNE) noch immer eine „paralytische" Kurve resultiert, dann bedeutet es, daß die Labilität im kolloidalen System der Liquoreiweiße nach wie vor besteht; man kann also an der Hand einer qualitativen Kolloidkurve (die Berlinerblau-Reaktion gibt bekanntlich nur quantitative Resultate) sagen, daß die luetische Noxe, die die Stabilität der Eiweißkolloide im Liquor stört, ohne Unterlaß fortwirkt.

Wir wollten durch diese Darlegungen zeigen, daß die Bezeichnung „paralytische Kurve" im klinischen Sinne nicht statthaft ist, da sie nicht allein bei Paralyse zu finden ist. Solche Kurven haben wir bei klinischer Paralyse, bei neurologisch sicherer Tabes dors., sowohl als auch bei Lues latens ohne irgend welche Nervensymptome gefunden.

Zusammenfassend kommen wir also zu dem Resultat, daß keine qualitativ verschiedenen, krankheitsspezifischen Kurven der NMR innerhalb der Luesgruppe festzustellen sind, wohl hat sich aber gezeigt, daß es für die Luesgruppe als solche ein quantitativ abgestufter Kurventyp existiert. Diesbezüglich stimmen unsere Befunde mit denen von JAKOBSTHAL und KAFKA, ARZT und FUHS vollkommen überein, und wir können unsererseits die Resultate der erwähnten Autoren vollauf bestätigen.

(Schluß folgt.)

Fachzeitschriften.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 9. Februar 1922.

GOUBEAU: **Zum Protokoll der Sitzung vom 12. Januar d. J.: Krebs und Schanker der Unterlippe** (Cancer et chancre de la lèvre inférieure. Complément de l'observation 67). Nachforschungen über das weitere Schicksal des Kranken ergaben, daß es sich tatsächlich um ein Karzinom handelte, das dauernd rezidivierte und rapide um sich griff, so daß der Kranke in 16 Monaten daran zugrunde ging; dieser Verlauf dürfte durch die Syphilis beeinflußt sein.

MILIAN und PAUL LEFÈVRE: **Porokeratosis Mibelli** (Porokératose de Mibelli). Es scheint sich in dem vorgestellten Falle, dessen Diagnose von DARIER bezweifelt wird, um eine Kombination mit Ainhum zu handeln und für beide Affektionen vielleicht Lepra die Grundlage abzugeben.

HUDELO, BOULANGER-PILET und CAILLAU: **Verruköse symmetrische und progressive, kongenitale, flächenhafte Erythro-Keratodermie** (Erythro-kératodermie verruqueuse en nappes, symétrique et progressive, congénitale). Kongenitale, nicht familiäre Erythro-Keratodermie mit langsamer Progression, in symmetrischen, gut begrenzten Plaques, nicht universell, mit besonders ausgesprochener Keratodermia palmaris, ohne Hyperidrosis. Außerdem finden sich zahlreiche weiche Pigmentnävi; die dem Verlaufe der sensibeln Nerven der unteren Extremitäten entsprechende Anordnung punktförmiger oder keratotischer Elemente könnte den Gedanken nahelegen, daß es sich in dem Falle überhaupt um eine kongenitale, nävusartige Erkrankung vom Typus der

Digitized by Google

verrukösen symmetrischen und systematisierten Nävi handelt, doch spricht der histologische Befund dagegen.

Chevallier und Joannon: **Syphilitische Hautatrophien** (Atrophies cutanées syphilitiques). Es handelt sich um depigmentierte, atrophische, fleckförmige und lineäre Läsionen, die mit Rücksicht auf die gleichzeitig vorhandenen gummösen und tuberokrustösen Erscheinungen auf tertiäre Syphilis bezogen werden. Sie entwickeln sich nicht im Anschlusse an andere Effloreszenzen.

G. Thibierge und P. Cottenot: **Mehrfache Rezidive von Alopecia areata im Anschluß an Pruritus anoscrotalis. Wiederwachsen der Haare im Gefolge der Heilung des Pruritus** (Récidives de pelade consécutives à des poussées de prurit ano-scrotal. Repousse des poils à la suite de la guérison du prurit). Sabouraud glaubt nicht, daß das Wiederwachsen der Haare mit dem Schwinden des Pruritus in Beziehung gebracht werden kann.

André Leri, Arnauld Tzanck und R. Weismann-Netter: **Atypische Syphilis maligna praecox. Heilung durch Wismut. Undefinierbare Zungenaffektion** (Syphilis maligne précoce atypique. Guérison par bismuth. Lésion linguale de nature indéterminée).

Robert Azoulay: **Fall von Syphilis maligna mit jod-wismutsaurem Chinin behandelt** (Un cas de syphilis maligne traitée par l'iodo-bismuthate de quinine). Prompte Einwirkung auf einen gegen Hg resistenten Fall. Die Toxizität ist minimal.

Marcel Pinard: **Ulzerös-hypertrophische syphilisähnliche Läsionen am Perineum und der Vulva** (Périnéo-vulvite ulcéro-hypertrophique syphilidoide). Die im Anschlusse an einen Ausfluß aufgetretenen und mit dessen Beseitigung wieder geschwundenen Erscheinungen müssen als banale Erkrankung aufgefaßt werden, deren Kenntnis für die venerologische Differentialdiagnose von Wichtigkeit ist. Darier gibt zu erwägen, ob es sich nicht um einen profusen Herpes genitalis gehandelt habe.

Lévy-Franckel, Bossan und Guievsse: **Bei einem Tiere nach subkutanen hypertonischen Injektionen spontan aufgetretene Ulzerationen** (Ulcérations spontanées apparues chez l'animal après injections souscutanées hypertoniques). Die Erscheinungen traten bei mehreren Kaninchen, dagegen nicht bei anderen Tieren auf. Gleichzeitig zeigte sich beträchtliche Abnahme der Harnmenge, was für das Bestehen einer Nierenaffektion spricht.

J. Jacobson: **Benzyl-Zimtsäure-Äther bei der Behandlung des Lupus.** (Ether benzyl-cinnamique dans le traitement du lupus tuberculeux). Die beträchtliche, durch die Behandlung zu erzielende Besserung erstreckt sich auf die Infiltration, Eiterung (wird dünnflüssiger, spärlicher), Ulzeration, Knötchen (Abflachung, Blasserwerden, Exfoliation), Drüsen.

Pedro L. Baliña: **Beträchtlicher Einfluß der Arsen-Quecksilberbehandlung in drei Fällen von tabischer Sehnervenatrophie** (Bénefice considérable du traitement arséno-mercuriel dans trois cas d'atrophie tabétique). Die Behandlung bestand in intravenösen Einspritzungen von Quecksilberzyanür und Neosalvarsan (10—12 g bei jeder Serie) in Verbindung mit Jod, ihr Erfolg zeigte sich in Verringerung der vorher sicher festgestellten Gesichtsfeldeinengung. Es muß sich also bei einem Teil der zugrunde liegenden Läsionen nicht um endgültige Zerstörungen handeln, so daß eine teilweise Wiederherstellung möglich ist.

I. Audrain: **Syphilis in vier Generationen** (Sur une séquelle syphilitique durant quatre générations). Der Verlauf der Erkrankung in den vier Generationen läßt ein Abschwellen der spezifischen Läsionen unter gleichzeitigem stärkeren Hervortreten endokriner Störungen erkennen.

W. Dubreuilh: **Papelausschlag am Bart infolge von Krümmung der Haare** (Eruption papuleuse de la barbe causée par le recourvement des poils). Es handelt sich um sehr harte Haare, die sich krümmen, sich in die Haut einbohren und dadurch den Ausschlag hervorrufen.

J. Montpellier: **Vitiligo mit Beginn um einen Nävus herum** (Vitiligo à début périnaevique). In einem Teil ähnlicher Fälle scheint es sich um leuko-pigmentäre Nävi gehandelt zu haben; hier jedoch sind einfach Vitiligo-Flecke mit besonderem Sitze anzunehmen.

Louis Queyrat: **Vitiligo infolge von Gemütserregung** (Vitiligo émotif). Ungefähr 14 Tage nach einem durch Einschlagen einer Granate bewirkten Chok zeigte sich neben psychischen Erscheinungen fleckweise Entfärbung von Kopf- und Achselhaaren und Vitiligo-Flecke am Körper, einigermaßen symmetrisch. Anscheinend Besserung durch autosuggestive Behandlung.

Digitized by Google

Sitzung vom 6. April 1922.

E. Rivalier: **Ein Fall von Kopftrichophytie beim Erwachsenen** (Un cas de teigne trichophytique chez d'adulte). 30jähr. Frau mit früherer Syphilis; auf dem Kopfe zahlreiche kleine, trockene, graue Schuppen, mäßiger Haarausfall, keine eigentlichen kahlen Stellen. Nach Entfernung der Schuppen Haut leicht geschwollen und gerötet; an der Unterfläche der Schuppen Haarfragmente, die mikroskopisch mit kleinen, unregelmäßig kubischen Sporen vollgepfropft erscheinen, deren Anordnung in Ketten noch erkennbar ist. Stellenweise lange Fäden von Myzelsporen, die sich, mehrfach aufeinander folgend, dichotomisch teilen. Die Erkrankung will die Kranke erst seit $1^1/_2$ Jahren haben, doch erscheint die Angabe, daß sie nicht aus der Kindheit stammt, nicht ganz zuverlässig. Der Pilz gehört zur Gruppe Endothrix mit kleinen Sporen, genaue Bestimmung noch nicht möglich. Sabouraud glaubt, daß derartige als selten anzusprechende Fälle vielleicht öfter angetroffen würden, wenn man mehr darauf achten würde; der vorliegende Pilz ist parakrateriformes Trichophyton.

Louste und G. Barbier: **Darriersche Krankheit** (Dyskératose folliculaire congénitale). Typischer generalisierter Fall mit allen bei dieser Krankheit zu beobachtenden Modifikationen bei einer Frau von 36 Jahren. Die Affektion scheint hier kongenital zu sein. Gleichzeitig wie gewöhnlich geistige Minderwertigkeit.

Louste und Marcel Laurent: **Ausgebreitete Hautmykose** (Epidermomycose généralisée). Primärer runder, sich schnell vergrößernder Herd im Gesicht, weitere zu großen Flecken konfluierende am Rumpf. Ränder stärker gerötet, etwas erhaben, mit kleinen, bräunlichen Krusten, im übrigen weißliche, nicht fest anhaftende Schuppen. Mikroskopisch segmentierte, verschlungene Myzelfäden. Kulturen noch nicht beendet. Vortr. denken am meisten an Pityriasis rosea, für deren parasitäre Natur den Fall sprechen würde. Pautrier hat mehrfach ähnliche Fälle gesehen und glaubt, daß sie durch dem Trichophyton gypseum mehr oder weniger nahestehende Pilze hervorgerufen werden. Sabouraud hält auch andere Formen zu ihrer Erregung für befähigt, besonders solche mit faviformer Kultur, die Trichophytien keim Kalb bewirken.

Hudelo, Boulanger-Pilet und Cailliau: **Pityriasis rubra pilaris mit Psoriasis vergesellschaftet** (Pityriasis rubra pilaris et psoriasis associés). Bei einem 10jähr. Knaben treten nach mehrmonatigem Bestande einer typischen Pityriasis rubra pilaris ebenso unzweifelhafte Effloreszenzen von Psoriasis auf. Mikroskopisch Befunde, die den beiden Krankheiten entsprechen und auch Übergänge von einer zur andern. Die weitere Beobachtung muß zeigen, ob es sich wirklich um das vorläufig anzunehmende gleichzeitige Bestehen der beiden sich nahestehenden Krankheiten oder nur um eine eigenartige Modifikation der Pityriasis handelt. Brocq erinnert an die Fälle von Psoriasis mit sehr kleinen peripilären, eine Pityriasis rubra pilaris vortäuschenden Elementen und an Fälle dieser Affektion mit roten, schuppenden, eine Psoriasis vortäuschenden Plaques, gewissermaßen zweideutigen Übergangsformen; das liegt hier nicht vor.

Hudelo, Oury und Cailliau: **Erythroplasiforme Dyskeratose der Schleimhaut der Vulva** (Dyskératose érythroplasiforme de la muqueuse vulvaire). An der Innenfläche der großen Labien einer 55jährigen Frau scharf begrenzte, rundliche oder ovaläre, rot gefärbte, glatte, trockene, nur nach dem Scheideneingange zu an einer Stelle geringes seröses Sekret aufweisende Effloreszenzen. Nach dem histologischen Befunde ist anzunehmen, daß es sich um einen dyskeratotischen, präkanzerösen Zustand, wahrscheinlich um eine neue klinische Form der Bowenschen Krankheit handelt.

G. Milian und Lelong: **Pemphigusähnliche Eruption im Verlaufe einer Syringomyelie** (Eruption pemphigoide au cours d'une Syringomyelie spasmodique). An den Unterarmen Blasen ohne erythematösen Rand mit gelblicher Flüssigkeit, die lebhaft rote, glatte Ulzerationen, mit einem leichten Epidermiskranze umgeben, hinterlassen. Es scheint sich um eine trophische Störung infolge der Syringomyelie zu handeln, denn die Läsionen finden sich da, wo das Maximum der sensibeln und atrophischen Veränderungen ist.

Milian und Périn: **Bemerkung über die Ätiologie des rezidivierenden Herpes** (Note sur l'étiologie de l'herpès récidivant). Die infektiöse und nicht trophische Natur des rezidivierenden Herpes geht daraus hervor, daß er fähig ist, beim Kaninchen eine wirkliche Keratitis hervorzurufen, die jedoch im Gegensatz zum banalen Herpes zur Heilung in wenigen Tagen neigt, also Infektion mit abgeschwächter Virulenz. Die Natur der Keime konnte noch nicht festgestellt werden, manche Tatsachen sprechen

Digitized by Google

dafür, daß es sich um ein filtrierbares Virus handelt. Die Periodizität der Ausbrüche mit ihrem saisonmäßigen und epidemischen Charakter könnte durch einen latenten Mikrobismus erklärt werden, der auf Grund noch unbekannter Wirkungen fähig ist, wieder aufzuleben und seine Virulenz zu steigern.

E. Jeanselme, P. Chevallier, Burnier und Périn: **Ein Fall von symmetrischer Erythrokeratodermie in landkartenmäßiger Ausbreitung** (Un cas d'érythrokératodermie symétrique, en placards à extension géographique). Die Affektion ist familiär, nicht kongenital. Erythematöse und hyperkeratotische Flecke am größten Teil der Extremitäten und am Nacken. Die Eruption beginnt mit, ohne erkennbare Ursache auftretenden roten, nicht infiltrierten Flecken, oft linienförmig, bisweilen nach Minuten oder Stunden wieder schwindend, bisweilen bestehen bleibend; die Vergrößerung scheint mehr durch Juxtapposition als durch peripheres Wachstum zu erfolgen. Allmählich spontanes Schwinden. Zeitweise leichtes Jucken, begleitet von Brennen. Die Erkrankung scheint der Meledaschen Krankheit (von Neumann und Ehlers) sehr nahe zu stehen, darf jedoch nicht mit ihr identifiziert werden.

André Léri und A. Tzanck: **Naevus linearis entsprechend der 8. Zervikal- und 1. Dorsalwurzel; Halsrippe** (Naevus linéaire répondant à C—D; Côte cervicale). Der Naevus setzt sich aus drei Plaques zusammen, die bei vom Rumpf entferntem Arme eine gerade Linie bilden, die sich links von unterhalb des Schlüsselbeins bis zur Vorderfläche des Unterarmes erstreckt. Außerdem findet sich beiderseits eine Halsrippe; ob diese durch den dauernden Druck auf die Nervenwurzeln den Nävus verursacht hat, erscheint fraglich, immerhin nicht ganz ausgeschlossen. Jedenfalls finden sich bei dem Kranken zwei kongenitale Anomalien, die auf eine lokalisierte Störung des Zentralnervensystems zu beziehen sind.

Lortat-Jacob: **Vorführung eines Apparates zur direkten Erzeugung und Anwendung von Kohlensäureschnee** (Cryocautère à chargement direct; présentation de l'appareil). Es sind in Frankreich schon mehrere Apparate konstruiert worden, die die direkte Erzeugung und Anwendung von Kohlensäureschnee gestatten. Der vorgeführte Apparat soll einfacher in der Handhabung und dabei sicher in seiner Wirksamkeit sein.

A. Lévy-Franckel und E. Juster: **Sympathisches Nervensystem und endokrine Drüsen bei der Lingua geographica** (Le système sympathique et les glandes endocrines dans la glossite exfoliatrice marginée). Aus verschiedenen Beobachtungen werden Beziehungen der genannten Art hergeleitet; sie werden erblickt in dem Bestehen von Basedow, dem Zusammenfallen der nach Brocq häufigsten Zeit des Auftretens mit der Entwicklung und dem Rückgange der Thymusdrüse, dem Zusammenfallen mit der Menstruation, dem bisweilen festzustellenden Einfluß der Organotherapie. Soweit Syphilis in Betracht kommt, ist diese nicht direkt, sondern auf dem Wege über die endokrinen Drüsen ätiologisch wirksam.

E. Juster: **Die nitritoide Krise, eine vagotonische Krise** (Le facteur sympathique de la crise nitritoide, crise vagotonique). Ausgehend von der Zusammensetzung des sympathischen Nervensystems aus dem eigentlichen sympathischen und dem fälschlich Vagussystem genannten para-sympathischen und von der Tatsache, daß die Einwirkung des Salvarsans der des Amylnitrits gleicht, also für das para-sympathische Nervensystem exzitierend, für das sympathische lähmend ist, womit die Wirkung des Adrenalins als Exzitans für das sympathische System übereinstimmt, wurde untersucht, ob zu nitritoiden Krisen neigende Personen sich im Zustande der Vagotonie befinden und ob die Krise selbst die semiologischen Charaktere des vagotonischen Zustandes darbietet. Dies wurde in der Tat durch das Phänomen der Pulsverlangsamung bei Druck auf den Augapfel festgestellt bei Personen, die eine Intoleranz gegen Salvarsan gezeigt hatten. Zwar brauchen nicht alle Vagotoniker nitritoide Krisen zu zeigen; trotzdem ist es angebracht, derartige Personen mit Adrenalin vorzubehandeln.

Lacapère und Gerbay: **Vorschlag einer serologischen Kurve** (Présentation d'une échelle sérologique). Ausführungen über die verschiedenen Methoden zur Auswertung der WR sowie eine neue Verbesserung hierzu; die Resultate sollen fortlaufend in eine Kurve eingetragen werden, deren größeren Teil die verschiedenen Grade der positiven Reaktionen einnehmen, von denen auf die sogenannten hyperpositiven besonderer Wert gelegt wird.

E. Jeanselme, M. Pomaret und Marcel Bloch: **Allgemeine therapeutische Erfolge in der Behandlung der Syphilis mit intramuskulären Einspritzungen von Amino-Arsenophenol** (Résultats thérapeutiques généraux obtenus par l'emploi de

Digitized by Google

l'amino-arséno-phenol „132" en injections intra-musculaires dans le traitement de la syphilis). Die intramuskuläre Salvarsaneinspritzung ist der intravenösen durch die wesentlich verlangsamte Ausscheidung überlegen, während sie andererseits die Nebenwirkungen auf ein Minimum herabsetzt. Es gelingt schneller, eine größere Menge in den Körper einzuführen. Das neue Präparat „132" ist in sterilen Ampullen unbegrenzt haltbar, es wird in Dosen von 0,12 alle 3 Tage eingespritzt, doch kann man auch 0,24 alle 4 oder 0,36 alle 8 Tage geben. Die Spirochaeten schwanden im allgemeinen in 3—4 Tagen. Sklerosen überhäuteten sich in 9 Tagen, einfache Roseolen schwanden in 4—10, makulo-papulöse Exantheme, hypertrophische Plaques muqueuses, zirzinäre schuppende Syphilide der Handflächen in 13, Gummen in 15—20 Tagen. Die Gesamtdosis betrug im primären Stadium 2,36 in 41 Tagen, im sekundären 2,8 in 53 Tagen; bei den sekundären Fällen, die letztere Dosis erhalten hatten, wurde wie bei allen Primärfällen die WR negativ und blieb es bei längerer Beobachtung. Die Methode war ohne Nebenerscheinungen in Fällen durchführbar, die bei intravenöser Salvarsanbehandlung sich intolerant erwiesen hatten, und zeigte sich wirksam, wenn vorher manifeste Erscheinungen nicht zum Schwinden gebracht werden konnten oder die WR positiv geblieben war.

W. Dubreuilh: **Ein Fall von Hunderäude beim Menschen** (Un cas de gale canine chez l'homme). Klinisch kleine miliare, rosafarbene, rundliche, ein wenig hervortretende, konische Papeln mit einem punktförmigen Bläschen oder einer Schuppe oder Kruste vom Kratzen. Es wurde ein lebender Sarkoptes gefunden, der sich von den bei der Menschenkrätze gefundenen kaum unterschied.

J. Montpellier, A. Lacroix und P. Boutin: **Lichen planus im Verlaufe einer Neosalvarsanbehandlung** (Lichen plan survenu au cours d'un traitement novarséno-benzolé). Es handelte sich nicht um ein lichenoides Erythem nach Salvarsan, sondern um unzweifelhaft echten Lichen planus, der nach der zweiten Einspritzung auftrat und bei weiteren Einspritzungen zunahm, was mit Rücksicht auf die sonst zu beobachtende therapeutische Wirkung des Salvarsans auf den Lichen auffallend erscheint.

Vedel, G. Giraud und P. Boulet: **Sklerodermie en plaques und en bandes** (Sclérodermie en plaques et en bandes). Es finden sich bei einer jungen Frau von 22 Jahren zwei Plaques vom Typus Morphoea unterhalb der rechten Brust und auf der linken Schulter, zwei Streifen an der vorderen äußeren Fläche der linken oberen und der hinteren äußeren Fläche der rechten unteren Extremität, außerdem Zonen diffuser Hautinfiltration an der Hinterfläche beider Oberschenkel und der Innenfläche des linken. Über die Pathogenese der Krankheit lassen sich aus dem vorliegenden Falle keine Schlüsse ziehen. E. Levin-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Strahlentherapie und Strahlenschädigung.

Über Rektumstrikturen nach Röntgen-, Radium- und Mesothoriumbestrahlung, von Willy Rattey. (Diss., Greifswald 1920.) Fall bei einem 75jähr. Pat., der 1919 an einer durch Mesothorium entstandenen Striktur in der chirurgischen Klinik behandelt wurde. F. Weiler-Leipzig.

Radiothorium und seine klinisch-therapeutische Anwendung, von Paul Lazarus-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 14, S. 451—453 und Nr. 15, S. 477—479.) Nach kurzer Besprechung der chemischen Eigenschaften des Radiothoriums berichtet Verf. über Versuche an Tieren. Das Radiothor übt erst nach einem Intervall zerstörende Wirkung aus. Es tritt eine starke Reizwirkung auf das Knochenmark ein (Hyperglobulie) und Hemmungswirkung auf das lymphatische Gewebe (Leukopenie) und eine allgemeine Schädigung der Kapillaren. Der Dickdarm ist wie bei Dysenterie oder Hg-Vergiftung verändert. Für die Anwendung beim Menschen werden 20—100 E. S. E. als Reizdosis, 2—300 E. S. E. als Hemmungsdosis, und Fortsetzung nach größerem Intervall mit kleineren Dosen (200—100—50) empfohlen. Kontrolle des Blutbildes, der Darmfunktion und des Allgemeinbefindens (Gewicht) erforderlich. Die Dosierung richtet sich nach der Spezifizität des Organs und der der Krankheit, ferner danach, ob wir assimilatorische oder dissimilatorische Vorgänge anregen oder lähmen wollen. Hochradiosensible Organe (Blut, Milz, Knochenmark, Lymphdrüsen, chromaffine Organe) und

Digitized by Google

hochradiosensible Krankheitsprozesse (pernizöse Anämie. chronische Entzündungen. Stoffwechselkrankheiten) müssen mit schwachen Dosen behandelt werden, mediosensible Organe (Ovarien, Hoden) und mediosensible Prozesse (Leukämie, Granulome) mit Hemmungsdosen. Karzinome und Sarkome eignen sich nicht für die Behandlung mit Radiothorium, da starke Dosen mit der Gefahr der hämorrhagischen Diathese und Leukopenie verbunden sind. Mitteilung von guter Beeinflussung nach Radiothorbehandlung bei Leukaemia lymphatica, Lymphogranulomatose, sekundärer Anämie. Zahlreiche andere Versuche sind im Gange. F. Harry-Berlin.

Endothermie, von George A. Wyeth-New York. (New York m. J., 1922, Bd. 115, Nr. 8.) Die Vorzüge der Endothermiebehandlung maligner Tumoren liegen in der Verminderung der Gefahr von Metastasen und der Wahrscheinlichkeit von Rezidiven, der Linderung der Schmerzen, dem Fernbleiben von Hämorrhagien und Schock, der Genauigkeit der Dosierung, der Sterilisierung gelegentlich der Behandlung eintretender Wunden, dem Wohlbefinden der Pat. nach der Operation und den guten kosmetischen Resultaten. E. Levin-Berlin.

Hygiene der Haut und Kosmetik.

Nasenkorrektur bei Hasenschartenoperationen, von Hermann Meyer-Göttingen. (Zbl. f. Chir., 1922, Nr. 7, S. 220.) Verf. legt besonderen Wert auf die Korrektur der häßlichen Breitnase nach Hasenschartenoperationen, da die unregelmäßigen Nasenöffnungen und der Knick im lateralen Teil des Nasenflügels immer bestehen bleibt. Seine durch eine Skizze deutlich gemachte Operation soll eine völlige Korrektur schaffen. A. Rosenburg-Berlin.

Beiträge zur totalen und partiellen Rhinoneoplastik nebst einem Vorschlag zur freien Hautüberpflanzung, von J. Joseph-Berlin. (Kl. W., 1922, Nr. 14, S. 678.) Verf. beschäftigt sich mit folgenden Themen: 1. Die Nasenspitzenbildung bei totaler Rhinoneoplastik. 2. Der Septumersatz. 3. Die Fundamentierung der Nase und 4. Die Deckung des sekundären Stirnhautdefektes. Indikationen und Methode der einzelnen Operationen werden in Kürze angegeben. E. Langer-Berlin.

Über kosmetische Nasenoperationen, von E. Gallusser, Oto-laryng. Abt. des Kantonsspitals St. Gallen. (Schweiz. m. W., 1922, Nr. 16.) Beschreibung und Abbildung von intranasal operierten Fällen, darunter zwei Sattelnasen. E. Levin-Berlin.

Über gegenwärtige Methoden der Gesichtsplastik, von K. Schlaepfer, Chir. Univ.-Klin. Zürich. (Schweiz. m. W., 1922, Nr. 16.) Leitwege für die bei angeborenen Spalten und Defekten, Verletzungen, nach Tumorexstirpationen, Exkochleation wegen Aktinomykose, bei ausgeheiltem Lupus in Betracht kommenden kosmetischen Eingriffe. Reaktionslose Verheilung aller Wunden ist Vorbedingung für jede Plastik; auch in der Tiefe ruhende Infektion ist durch vorausgeschickte Heliotherapie oder Röntgenbestrahlung zu eliminieren. Krankhafte Prozesse dürfen nicht bestehen, die Haut darf keinerlei ekzematöse oder akneartige Effloreszenzen haben. E. Levin-Berlin.

Funktionsstörungen.

Durch eine Armbanduhr verursachte Neuritis (Neuritis Produced by a Wristlet Watch), von John S. B. Stopford. (Lanc., Nr. 5151, S. 993.) Verf. teilt zwei von ihm beobachtete Fälle von Neuritis des dorsalen Hautastes des N. ulnaris mit, die durch den Druck des Riemens der Armbanduhr zustande kam. R. Erichson-Kiel.

Dermatopolyneuritis und Erythroödem (Dermato-polyneuritis and erythro-oedema), von Thursfield und Paterson. (Brit. J. Child. Dis., Jan.-März 1922; ref. Brit. m. J., 10. Juni 1922, Anhang S. 90.) Ein $10^1/_2$ Monate altes Kind erkrankte nach allgemeinen Prodromalerscheinungen unter Symptomen, wie sie sich ähnlich bisweilen nach epidemischer Enzephalitis finden. Es zeigten sich Rötung, Zyanose und Abschuppung der Haut der Hände und Füße, geringes Ödem der Extremitäten, Tonusnachlaß der Muskeln, äußerste Langsamkeit aller Bewegungen, kein Tremor, keine Inkoordination. Es handelt sich um ein Krankheitsbild, wie es Byfield als „Akrodynie" beschrieben hat. E. Sklarz-Berlin.

Ovarialtherapie klimakterischer Toxidermien, von J. Hofbauer. (Zbl. f. Gynäkolog., 1922, Nr. 14, S. 558.) Verf. konnte in 2 Fällen von Exanthem, bei denen jede andere Therapie versagte und die gleichzeitig mit der Klimax auftraten, durch eine Kur mit Ovoglandol, 12mal jeden 2. Tag eine Injektion, völlige Heilung erzielen. In

Digitized by Google

dem zweiten Falle waren die Erscheinungen mit heftigstem Juckreiz auf dem ganzen Körper verbunden. Auch hier durch Ovarialtherapie sofortige Heilung. Die Frau war 48 Jahre alt und seit etwa $^1/_2$ Jahre amenorrhoisch. Für die Graviditätsdermatosen und die prämenstruell auftretenden Hautaffektionen hat Hussy die Anwesenheit von vasokonstriktorischen Substanzen im Blute biologisch nachgewiesen. Verf. will nun auch in diesen klimakterischen Dermatosefällen durch die Ovarialtherapie den Ausfall an Ovarialhormon decken und dadurch der durch diesen Ausfall bedingten Überfunktion der Nebenniere und Hypophyse ein Halt gebieten. A. Rosenburg-Berlin.

Die Behandlung der Hyperidrosis, von Max Joseph-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 17, S. 557.) Bei leichter Hyperidrosis werden Pinselungen mit 5%iger Chromsäurelösung oder 1%iger wässeriger Tanninlösung oder einer Mischung von Tannin, Glyzerin āā 40,0, Tinct. Jodi 20,0 oder Acid. trichloracet., Balsam. peruvian. āā 1,0, Acid. formici 3,0. Chloralhydrat 5,0, Spirit. ad 100.0 empfohlen. Nachts Tannoform oder Acid. salicyl. 5,0. Acid. boric., Acid. tartaric. āā 10.0, Zinc. oxyd., Talc. āā 40,0. Bei mittelstarken Formen zweimal täglich Einreibung mit 10%igen Formalinspiritus oder Waschung mit Liq. antihidrorrhoicus Brandau. Allmähliche Steigerung der Formalinkonzentration bis 50%. Nachts Puder. Bei Reizung Einfetten mit Borsalbe, Zinkpaste oder Formalin 2.0, Natr. carbon. 2,5, Aqu. dest. ad 100,0. In schwersten Fällen Röntgenstrahlen (große Dosen hochfiltrierter Strahlen). F. Harry-Berlin.

Zirkulationsstörungen.

Über die Behandlung der Krampfadern und ihrer Folgezustände, von Th. Voeckler-Halle. (D. m. W., 1922, Nr. 25, S. 837—839.) Allgemeine Betrachtung der Ätiologie der Varizen, ihrer Folgezustände und der unblutigen Behandlungsmethoden. F. Harry-Berlin.

Zur Varizenbehandlung, von G. Lotheissen-Wien. (Zbl. f. Chir., 1922, S. 778.) Verf. sah von der Schiassischen Methode gute Resultate. In Lokalanästhesie wird handbreit unter der Femoralis die Vena saphena durchtrennt, das orale Ende sofort abgebunden. Jetzt eröffnet man am Fuß einen Varixknoten und spritzt unten eine Lösung von Jod 1,0, Kali jodat. 1,1, Aqu. dest. ad 100,0 ein, bis die Flüssigkeit am oberen Ende herausfließt, bindet beide Enden ab, näht die Haut wieder zu und umwickelt die Extremität mit einer elastischen Trikotbinde. Heilung in 8 Tagen. A. Rosenburg-Berlin.

Tödliche Embolie nach Varizenbehandlung mit Pregl-Lösung, von J. Hohlbaum-Leipzig. (Zbl. f. Chir., 1922, Nr. 7, S. 218.) Verf. hat in einem Falle die Varizen nach dem von Matheis angegebenem Verfahren behandelt; derselbe injiziert in die Venen des liegenden Pat., nachdem vorher das Bein leicht abgeschnürt worden ist, 20—60 ccm Pregl-Lösung. Nach 10—15 Minuten wird die Abschnürung gelöst und das Bein mit einer Trikotbinde umwickelt, 1—2 Tage Bettruhe. Matheis rät nur bei entzündlichen Erkrankungen von dieser Methode ab. Verf. hat genau nach den Vorschriften Matheis' in einem Falle von sehr ausgedehnter Varizenbildung 80 ccm Pregl-Lösung injiziert. Obgleich Verf. noch weitere 3 Tage nach der Injektion, also im ganzen 5 Tage, das Bein auf der Schiene liegen ließ, sah Verf. plötzlich eine Embolie, die Pat. überstand. Aber eine Woche später folgte dieser eine zweite tödliche, obgleich Pat. niemals in den 14 Tagen das Bett verlassen hatte. Die Sektion ergab eine Thrombose in der Vena saphena, die nur zur Mitte des Oberschenkels reichte und die sich leicht in langen Stücken herausziehen ließ. Ferner einen fingerlangen und fingerdicken Embolus, der vom rechten Ventrikel in die Art. pulmonal. hineinragte. Verf. kommt zu der Ansicht, daß die Pregl-Lösung die Intima schädigt und so zur Thrombose führt, da aber diese Thromben nicht festsitzen und so die Gefahr der Embolie sehr groß ist, rät Verf., die Vena saphena vor der Injektion in der Leistenbeuge zu unterbinden. A. Rosenburg-Berlin.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

23. September 1922 | Nr. 38 | Band 75

Über Ulcus vulvae acutum und Scheidenbazillen.

Von

Dr. Meta Oelze-Rheinboldt,

Hautärztin in Leipzig, früher Assistentin der Universitäts-Hautklinik.

Lipschütz hob 1912 aus der Gruppe der nichtspezifischen Ulzerationen am weiblichen Genitale das Ulcus vulvae acutum heraus. Verursacht sollte (1913) es durch einen in den Geschwüren auch histologisch nachweisbaren Bazillus sein. Dieser Bazillus ist ein an den Enden rechteckig geformtes, grampositives Stäbchen, etwa von Blutkörperchengröße. Einzelne Individuen sind bogenförmig gekrümmt, die meisten gerade, manche intraleukozytär. Lipschütz nannte das Stäbchen Bacillus crassus, Scherber erhielt Reinkulturen und spricht den Bazillus als den seit 1892 bekannten A. Döderleinschen Scheidenbazillus an. Über die Stellung des Bazillus im System hat Loewi (Zbl. f. Bakt., Bd. 88, H. 1) das Material zusammengestellt.

Von vornherein muß man also bedenken, daß der Bacillus crassus auch in jedem gesunden weiblichen Genitale vorkommen kann, was natürlich die mikroskopische Diagnose erschwert. Gerade bei klinisch zweifelhaften und nach der vorliegenden Literatur auch in verschiedenen klinischen Modifikationen auftretenden Geschwüren ist dies ein die diagnostische Klarheit trübender Umstand. Immerhin soll nach Lipschütz dem akuten Geschwür ein fast ausschließliches Vorkommen des Bacillus crassus eigentümlich sein. Übrigens ist auch die Annahme der Virulenzsteigerung eines bestimmten Keimes nicht geeignet, dem diagnostizierenden Praktiker Erleichterung zu geben.

Es wäre viel gewonnen, wenn wenigstens gegen die Gruppe der sogenannten aphthösen oder postherpetischen Geschwüre, abgesehen von gangränösen und nichttypischen weichen Geschwüren, eine sichere Unterscheidung und Heraushebung des Ulcus acutum, wenigstens auf mikroskopischem Wege, möglich wäre. Leider scheint dies nicht durchweg möglich zu sein. Bingel (Derm. Zschr., Bd. 33, S. 57) veröffentlichte eine Sammlung von sieben Fällen, die er dem Ulcus vulvae acutum subsumierte. Die sehr interessanten Krankengeschichten lassen keinen Zweifel daran, daß es sich um derartige Geschwürsformen gehandelt haben muß. In bakteriologischer Hinsicht kommt Bingel zu folgendem Resultat. „Ein eindeutiger bakteriologischer Befund konnte nicht erhoben werden. Es wurden alle möglichen Bakterien gefunden: Staphylokokken, Diphtheriebazillen, Pneumokokken, Pseudodiphtheriebazillen, einige Spiro-

Digitized by Google

chäten, aber keine Pallidae, es mag auch der Bacillus crassus vorhanden gewesen sein. Aber ein konstantes Vorkommen eines bestimmten Erregers war nicht festzustellen. Man hatte vielmehr den Eindruck, daß es sich bei unseren bakteriologischen Befunden um eine sekundär in dem Ulkus angesiedelte Bakterienflora gehandelt hat. Dabei wäre es ja durchaus möglich, daß es sich primär um ein durch den Bacillus crassus oder um ein ‚aseptisches' Geschwür gehandelt hat. Da es sich in unseren Fällen und ähnlichen Fällen um akut auftretende Geschwürsformen handelt, so würde ich es für richtiger halten, wenn man den in bakteriologischer Beziehung nicht präjudizierenden Namen Ulcus vulvae acutum auf alle diese in ihren klinischen Erscheinungen gleichartigen Prozesse anwendete, zumal die ätiologische Rolle des Bacillus crassus noch nicht über alle Zweifel erhaben ist. Man hätte dann vorläufig als Unterarten zu unterscheiden zwischen 1. den aseptischen, 2. denjenigen, bei denen der Bacillus crassus wenigstens vorwiegend und schließlich 3. denjenigen, bei denen alle möglichen Bakterien gefunden werden."

Dieser Ansicht Bingels möchte ich mich anschließen, und zwar wegen eines von mir selbst beobachteten Falles.

Joh. K., 23 Jahre, Postbeamtin, in Behandlung getreten am 19. XI. 21. Seit 8 Tagen Brennen beim Wasserlassen. Kein Koitus.

Befund: Virgo intacta. Rechts unterhalb des Orif. ext. urethrae ein erbsengroßes, rundliches, oberflächliches, schmerzhaftes Geschwür mit weißlichem Belag. Keine Leistendrüsenschwellung. Kein Fieber. Keine Zystitis. WR negativ, Go. negativ. Abheilung in 14 Tagen unter indifferenter Behandlung.

Bakteriologisch ergab sich in diesem Fall lediglich Anwesenheit von zahlreichen Staphylo- und Streptokokken; keinerlei charakteristischer Befund von Bacillus crassus.

Ein weiterer Fall meiner Praxis bot das umgekehrte Bild.

Dor. M., 15 Jahre, kommt zwecks Ausstellung eines Gesundheitsattestes. Eltern behaupten, Pat. sei als Säugling mit Go. infiziert gewesen.

Befund: Virgo intacta. WR —, Go. —. Der Ausstrich des Vaginalsekretes bei diesem jungen Mädchen ergab eine wahre Reinkultur des Bacillus crassus, untermischt mit wenigen Leukozyten und Epithelien. Das Bild über den ganzen Abstrich war so charakteristisch, daß es genau den Abbildungen von Lipschütz selbst, wie sie auch in Oelzes „Untersuchungsmethoden und Diagnose der Erreger der Geschlechtskrankheiten" reproduziert sind, entsprach.

Naturgemäß kann das mikroskopische Bild keinen Aufschluß darüber geben, ob ein bestimmter Keim virulenter ist als ein anderer. Für die praktische mikroskopische Diagnostik geht aber aus den mitgeteilten Fällen hervor, daß ein klinisch nur als Ulcus vulvae acutum zu bezeichnendes Geschwür keinen Befund von Bacillus crassus ergibt, und daß zweitens in einem anderen Fall der Bacillus crassus in Reinkultur ohne Ulzeration bei einem gesunden Individuum gefunden werden kann. Hieraus ist zu entnehmen, daß die Frage des Ulcus vulvae acutum und seines Erregers für den Praktiker keineswegs als eindeutig gelöst bezeichnet werden kann.

Digitized by Google

Aus der Dermatologischen Klinik der Universität Leipzig (Direktor: Prof. Dr. Rille).

Die gefärbte Normomastixreaktion (Kafka) im Liquor cerebrospinalis.

Von

Dr. Tibor Benedek, Volontärarzt der Klinik.

Mit 8 Kurven im Text.

(Schluß.)

Die nichtluetischen Liquores.

Bereits die älteren Arbeiten über Goldsol und Mastixsol, wie die von Lange, Eskuchen, Jakobsthal und Kafka u. a. m., haben hervorgehoben, daß unter den nichtluetischen Liquores einer von einer Systemerkrankung des ZNS, Sclerosis multiplex, obwohl hier die luetische Ätiologie nicht in Betracht kommt, bei kolloidalen Reaktionen ständig einen luetischen Kurventyp liefert. In den von uns untersuchten zwei Fällen konnten wir die älteren Resultate auch in bezug auf die NMR bestätigen. Die NMR ergab auch hier einen luetischen Kurventyp, der eine vertiefte und verbreiterte Ausflockung — F +++ von $^1/_4$—$^1/_{32}$ — zeigt (Kurve VII). Es ist somit die Hoffnung auch hier geschwunden, eine Myelitis spinalis von einer multiplen Sklerose durch die NMR unterscheiden zu können. Andererseits bildet diese Krankheitsform zugleich eine Einschränkung des gefundenen Resultates, nach welchem wir für die Luesgruppe einen spezifischen Kurventyp aufgestellt haben.

Wir waren in der Lage, Liquores von Meningitiden verschiedener Ätiologie untersuchen zu können. Unser Material umfaßt (Tab. I): Meningitis tuberculosa 3, Meningitis purulenta 3, Meningitis pneumococcica 1. Alle diese Fälle ergaben ein positives Resultat von der NMR.

Die Autoren, die sich mit der Mastixreaktion eingehend beschäftigt hatten, nahmen eigentlich wenig Bezug auf die Meningitis tbc., und auf ihre Stellung und Verhältnis zu den Kurven der Luesgruppe einerseits, zu den eitrigen Meningitiden verschiedener Ätiologie andererseits. Die Anzahl der untersuchten Fälle ist im allgemeinen gering.

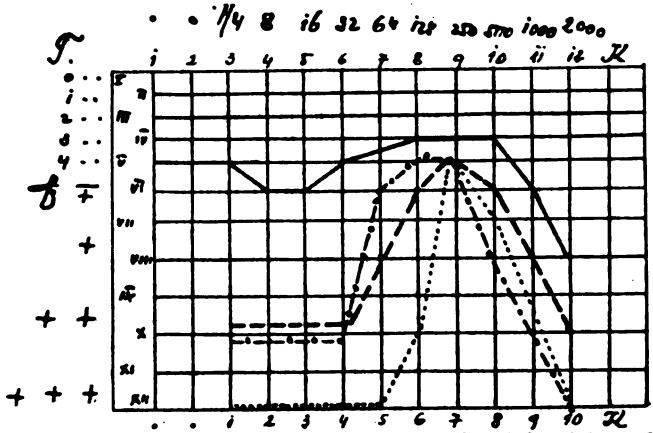
Weigeldt hat in seiner Arbeit über 8 Fälle, Bonsmann über 14, Eskuchen, Jakobsthal und Kafka, sowie Kafka u. a. m. über eine unbekannte Anzahl einschlägiger Fälle berichtet.

Weigeldt betont ausdrücklich, daß seine 14 Meningitisfälle (Meningitis tbc. 8, Meningitis purulenta 5, Pneumokokkenmeningitis 1) mit größter Genauigkeit die typische Meningitiskurve ergeben haben: eine Ausfällung des Goldsols bei $^1/_{640}$—$^1/_{1280}$, wo der Farbenumschlag stets bis blauweiß bis weiß reichte. Weigeldt konnte die Angabe von Eicke, daß tuberkulöse Meningitiden nicht so starke Verfärbungen verursachten wie die anderen Meningitiden, nicht bestätigen.

Nach Eskuchen kann die GR bei den nichtluischen Meningitiden zur Differentialdiagnose zwischen der Meningitis tbc. und den eitrigen Meningitiden verhelfen, durch verschiedenartige Lagerung und Intensität

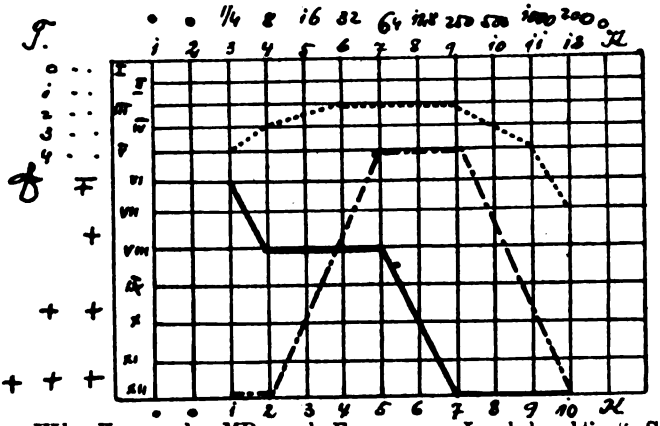
Digitized by Google

des Ausflockungsmaximums. Dagegen konnte derselbe Autor mit der MR, nach seiner Modifikation, die Meningitis tbc. von den eitrigen Meningitiden auf Grund des Kurventyps nicht abtrennen. Nach ihm liegt das Fällungsmaximum bei der nichtluischen Meningitisgruppe bei $^1/_{256}$.



Kurve VIa. Kurven der MR; nach Eskuchen: „Lumbalpunktion", S. 95.
——— Lues lat. oder Tabes dors. inc., - — - — Tabes dors., — — — Lues csp., - - - - Paral. progr.

Die diesbezüglichen Resultate Bonsmanns weichen von denen der oben genannten Autoren ab. Seine Goldsolkurven ergaben bei den nichtluischen Meningitiden in einem Viertel der Fälle eine Lueskurve; in



Kurve VIb. Kurven der MR; nach Eskuchen: „Lumbalpunktion", S. 95.
——— Nichtluetische Meningitis, - — - — Sclerosis multiplex, - - - - Normalkurve (neg. Ausfall).

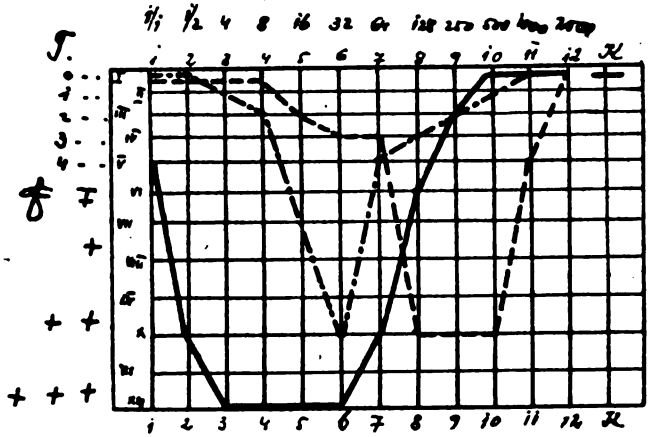
den übrigen war die „Rechtsverschiebung" ausgesprochen. Die MR — er arbeitete mit einer Abänderung der Modifikation von Jakobsthal und Kafka — zeigte für Meningitis erheblich häufiger eine atypische (luesähnliche) Kurve, als dies bei dem Goldsol der Fall war, und hebt zugleich die Schwierigkeit hervor, mit der man bei der MR eine Rechtsverschiebung erzielen kann.

Digitized by Google

Jakobsthal und Kafka, sowie auch Kafka faßten ihre Resultate dahin zusammen, daß die eitrigen Meningitiden sowohl mit Gold- als auch mit Mastixsol eine Meningitiskurve ergeben mit dem Fällungsmaximum bei $^1/_{640}$—$^1/_{1280}$ (Goldsol weiß) und $^1/_{64}$—$^1/_{250}$ F++ bei MR; während die Meningitis tbc. ähnliche aber abgeschwächte, selten atypische Gold- wie Mastixreaktion liefert.

Die Kurven der NMR sind nach ihrem Aussehen nur mit den Kurven des Goldsols zu vergleichen, da die Kurven, die mit den älteren Mastixmodifikationen gewonnen sind, keine Ähnlichkeit mit den Kurvenbildern der NMR (Kurven VIa, b) zeigen.

Unsere Befunde liefern in den drei untersuchten Fällen von Meningitis tbc. — ohne voreilig verallgemeinern zu wollen — den Beweis und legen die Vermutung im allgemeinen nahe, daß man die Meningitis



Kurve VII. NMR bei nichtluetischen Erkrankungen.

——— Sclerosis multiplex, - — - — - Meningitis tuberculosa, — — — Meningitis purulenta.

tbc. durch die NMR von der Luesgruppe einerseits, von der Gruppe der nichtluischen eitrigen Meningitiden andererseits, abzutrennen imstande sein wird.

Die drei Fälle von Meningitis tbc. zeigen inmitten der Verdünnungsreihe einen plötzlichen Abfall und einen ebenso steilen Anstieg vom Fällungsmaximum, das bei $^1/_{32}$ F++ liegt (Kurve VII).

Weiter wollen wir unseren Befund bei der eitrigen Meningitis besprechen. Vor allem ist hervorzuheben, daß sich hier — in den untersuchten drei Fällen — eine derartige „Rechtsverschiebung" zeigte, die wir sonst bei keinem Liquor irgend einer Erkrankung erhalten haben. Das Fällungsmaximum lag bei $^1/_{64}$—$^1/_{500}$ F++, wo wir wieder einen plötzlichen Abfall und einen ebenso plötzlichen, steilen Anstieg gesehen haben. Die Reaktion verlief unter Verwendung verschiedener Mastixstammlösungen ganz ähnlich (Kurve VII). Bei den untersuchten Meningitisfällen verschiedener Ätiotogie bekamen wir neben negativer WR erhöhte Eiweiß- und Zellwerte.

Digitized by Google

Der einzige Fall von Meningitis pneumococcica lieferte auch ein positives Resultat, dessen Ausflockungsmaximum zwischen $^1/_8$—$^1/_{16}$ lag bei F+. Gleichzeitig waren PÁNDY, PhI und Zellzahl positiv.

Unter den nichtluetischen Liquores sind drei positive Resultate bei der Encephalitis epidemica (lethargica) zu verzeichnen. Die erhaltenen Kurven sind von der einer Lues csp. nicht zu unterscheiden — Ausfällung F++ bei $^1/_2$—$^1/_4$ —, wobei Liquor-WR sowie Ph. I., Zellzahl in einem Falle negativ, in den anderen zwei Fällen neben einer negativen Liquor-WR eine schwach positive Ph. I. und eine geringe Zellvermehrung zu verzeichnen war. Die einschlägigen negativen Fälle — ebenfalls drei — haben eine ganz negative Kurve (ohne Kurvenzacke) geliefert; hier war die WR in allen drei Fällen negativ. Das übrige Reaktionsspektrum war in einem Falle ebenfalls ganz negativ, die anderen zwei Fälle zeigten eine geringe Erhöhung der Eiweiß- und Zellwerte.

WEIGELDT referiert über elf Fälle von Encephalitis epidemica aus eigener Untersuchung. Davon reagierten drei negativ und acht positiv auf Goldsol. Die positiven Reaktionen bestanden in einer Ausflockung im Anfangsteil der Goldsolkurve bei $^1/_{40}$—$^1/_{80}$ bis Blauweiß. WEIGELDT konnte keinen Parallelismus zwischen der Goldsolkurve und einer der anderen Liquorreaktionen feststellen, ebenso wie wir keinen Parallelismus zwischen der NMR und irgend einer Liquorreaktion herausfinden konnten.

Eine ganz atypische NMR-Kurve haben wir in einem Falle von embolischer Hemiplegie, bei einem sonst ganz negativen Reaktionsspektrum erhalten, ebenso in einem Falle von Hirnrindendefekt, in je einem Falle von ALZHEIMERscher Krankheit und Dementia praecox.

Der Zusammenhang der nichtluetischen positiven NMR mit dem übrigen Reaktionsspektrum ist aus Tabelle III ersichtlich.

Tabelle III.

Klinische Diagnose	Zahl der NMR		Liquor WR		Blut WR		Pándy		Ph. I		Sublimat		Zellzahl	
			+	−	+	−	+	−	+	−	+	−	+	−
Meningitis tuberculosa	+	3	·	3	·	·	3	·	3	·	3	·	3	·
	−	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·
Meningitis purulenta	+	3	·	3	·	·	3	·	3	·	3	·	3	·
	−	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·
Meningitis pneumococcica	+	1	·	1	·	·	1	·	1	·	1	·	1	·
	−	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·
Sclerosis multiplex	+	2	·	2	·	2	2	·	2	·	2	·	·	2
	−	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·
Encephalitis epidemica	+	3	·	3	·	·	2	1	2	1	2	1	2	1
	−	3	·	3	·	·	2	1	2	1	2	1	2	1
Embolische Hemiplegie	+	1	·	1	·	·	·	1	·	1	·	1	·	1
	−	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·
Hirnrindendefekt	+	1	·	1	·	·	1	·	·	1	·	1	·	1
	−	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·
ALZHEIMERsche Krankheit	+	1	·	1	·	·	·	1	1	·	1	·	1	·
	−	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·
Dementia praecox	+	1	·	1	·	·	·	1	1	·	·	1	·	1
	−	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·

Digitized by Google

Wir haben 56 Kontrollfälle untersucht, deren NMR und die sämtlichen anderen Liquorreaktionen, einschließlich Blut- und Liquor-WR, negativ waren, und deren Verteilung nach der klinischen Diagnose aus Tabelle I zu ersehen ist.

Schließlich bleibt noch zu erörtern, ob diese — vorderhand — letzte Modifikation der Mastixsolreaktion einen Fortschritt, eine Bereicherung der klinischen Untersuchungstechnik bedeutet, und welche Stellung — im Zusammenhang mit dem ganzen Reaktionsspektrum — der NMR zukommt.

Die NMR hat entschieden einen großen Vorzug vor der älteren Modifikation der Emanuelschen Originalmethode. Der erste große Vorzug besteht darin, daß aus der graphischen Darstellung der Mastixkurve der zweite, außerordentlich störende Kurventeil vollständig verschwunden ist. Außerdem ist die Ablesung der NMR durch Verwendung eines geeigneten Farbstoffes, Sudan III, wesentlich erleichtert.

Wie aus der Tabelle II ersichtlich, ist die Empfindlichkeit der NMR der WR gegenüber für die ganze Luesgruppe bedeutend höher; was aber die Spezifität der NMR anbelangt, so müssen wir leider zugeben, daß die Spezifität der NMR im Vergleich mit der WR nur bedingt werden kann.

Unserer Ansicht nach ist die NMR durch ihre hohe Empfindlichkeit berufen, ein ebenbürtiges Gegenstück der GR zu werden, zumal die Anstellung der NMR außerordentlich einfach ist. Die NMR bildet sicherlich eine Bereicherung der klinischen Untersuchungstechnik des Liquor csp., so daß sie verdient als eine Vertreterin der kolloidalen Reaktionen neben den klassischen „vier Reaktionen" von Nonne als „fünfte Reaktion" (Eskuchen) angestellt zu werden.

Zusammenfassung.

I. Theorie. — Der theoretische Unterbau der NMR wie der MR ist im allgemeinen sehr schwach fundiert. Die NMR zeigt ebenso wie die bisherigen Modifikationen des Mastixsols keine, etwa chemisch präzisierte, neuartige Reaktionsstoffe an, vielmehr stellt sie ein feines empfindliches Reagens dar, das die kolloidalen Zustandsänderungen der Liquoreiweiße anzeigt. Der positive Ausfall der Reaktion soll durch die Vermehrung der Globuline sowie durch das gegenseitige Verhältnis der Globulinfraktionen (Sahlgren) bedingt sein.

II. Technik. — Die Technik der NMR ist äußerst einfach. Dieselbe stellt weder in bezug auf ein spezielles Glasmaterial (Goldsol — Jenenser Glas) noch durch etwaige Schwierigkeiten bei der Herstellung einer brauchbaren Gebrauchsemulsion irgend eine besondere Anforderung. Mit der gewöhnlichen Sauberkeit und Präzision, die jede serologische Tätigkeit erfordert, kommt man aus. Absolute Bedingung ist dagegen die genaue Beobachtung der „Mischungszeit" und der „Reifezeit" (Kafka). Gebrauchsemulsionen, deren Reifezeit bis zu drei Stunden reicht, sind noch zu verwenden. Die besten, gleichmäßigsten Resultate liefert die „Zimmermethode" (Stehenlassen der angesetzten Reaktion bei Zimmertemperatur); dagegen haben wir von der „Eisschrankmethode" (bei 0° C)

Digitized by Google

keine Vorteile gesehen, in den Paralleluntersuchungen ergab die „Zimmermethode" die besseren Resultate.

III. Klinik. — Negative NMR ergibt im allgemeinen eine gerade, horizontale Linie in der graphischen Darstellung. Horizontale Bruchlinien kommen auch vor. Seltener werden „Kurvenzacken" bei einer negativen NMR beobachtet. Der tiefste Punkt der „Kurvenzacke" bewegt sich in der Trübungszone und erreicht T 3—4 in den Röhrchen 2—3. Wie andere Autoren, BONSMANN u. a., nehmen wir eine positive NMR nur an, wenn mindestens eine Spur von Ausflockung vorhanden ist. Selbst T 4 betrachten wir noch als einen negativen Reaktionsausfall.

Auf Grund unserer Untersuchungen nehmen wir folgende spezifische Kurventypen an:

1. Für die Luesgruppe: Ausflockungsmaximum kommt in den Verdünnungen $^1/_1$—$^1/_{16}$, seltener (bei Paralyse) $^1/_1$—$^1/_{32}$—$^1/_{64}$ vor. Spezifische Kurven für die einzelnen luischen Erkrankungsformen des ZNS aufzustellen war uns unmöglich, da die NMR nur eine quantitative Veränderung des kolloidalen Zustandes der Liquoreiweiße anzeigt, aber keine qualitativen Unterschiede zwischen Lues csp., Lues cerebri, Tabes, Paralyse zu erkennen gibt. — Unspezifische Ausfällung zeigte die Sklerosis multiplex, und einige akuten Entzündungen des ZNS.

2. Für die Meningitis tbc. mit dem Ausfällungsmaximum bei $^1/_{32}$. Diesen Typ möchten wir aber vorläufig nur mit Reserve aufstellen.

3. Für die eitrigen Meningitiden, mit dem Ausfällungsmaximum bei $^1/_{64}$—$^1/_{500}$.

4. Für Sera welcher Herkunft immer und für Blutbeimengungen zum Liquor mit dem Ausflockungsmaximum von $^1/_{250}$—$^1/_{500}$ an bis zum Schluß.

Andere pathognomonische Kurventypen ließen sich nicht finden.

Literatur.

1. ARZT, L. u. H. FUHS, Über die Berechtigung der Aufstellung von charakteristischen Kurventypen der Goldausflockung des Liquors bei luogenen Affektionen des ZNS. Arch. f. Derm., 1921, Bd. 136, Orig. S. 207. — 2. BING u. SCHMITZ, Untersuchungen über Fällungsreaktionen (Mastixreaktionen). Ref. Derm. W., 1917, Bd. 64, S. 592. — 3. BONSMANN, Vergleichende Untersuchungen über Kolloidreaktionen im Liquor cerebrospinalis. D. Arch. f. kl. Med., 1920, Bd. 134, S. 20. — 4. EICKE, M. m. W., 1913, Nr. 49, S. 2713. — 5. EMANUEL, Eine neue Reaktion zur Untersuchung des Liquor cerebrospinalis. B. kl. W., 1915, Nr. 30, S. 792; 1916, Nr. 12, S. 327. — 6. ESKUCHEN, Die klinische Brauchbarkeit der Kolloidreaktionen des Liquor cerebrospinalis. Neurol. Zbl., 1918, Bd. 37, S. 482. — 7. ESKUCHEN, Die Lumbalpunktion. Wien-Berlin 1919, Urban & Schwarzenberg. — 8. ESKUCHEN, Die Kolloidreaktionen des Liquor cerebrospinalis. D. Zschr. f. Nervenhk., 1919, Bd. 63, S. 1. — 9. HÜBSCHMANN, Zschr. f. Immunitätsforsch., Bd. 26, S. 33. — 10. JACOBSTHAL u. KAFKA, Über Untersuchung des Liquor cerebrospinalis mit Mastixlösungen. B. kl. W., 1916, Nr. 4, S. 98; 1916, Nr. 12, S. 327. — 11. JACOBSTHAL u. KAFKA, Eine Methode der Untersuchung der Rückenmarksflüssigkeit mit kolloidalen Mastixlösungen. B. kl. W., 1918, Nr. 11, S. 249. — 12. JACOBSTHAL u. KAFKA, Hamburger Ärztekorrespondenz, 1916. Nr. 2. — 13. KAFKA, Über die Kolloidreaktionen der Rückenmarksflüssigkeit. Arch. f. Psych. u. Nervenhk., 1918, Bd. 59, S. 681. — 14. KAFKA, Taschenbuch der praktischen Untersuchungsmethoden usw. Berlin 1917, Springer. — 15. KAFKA, Die ungefärbte und gefärbte Normomastixreaktion der Rückenmarksflüssigkeit. D. m. W., 1921, Nr. 47, S. 1422. — 16. KIRCHBERG, Serologische Untersuchungen bei Geisteskrankheiten, insbesondere bei Paralyse. Arch. f. Psych. u. Nervenhk., 1917, Bd. 57, S. 26. — 17. KYRLE, MRAS u. BRANDT, W. kl. W., 1920, Nr. 1.

Digitized by Google

— 18. Lange, Über die Ausflockung von Goldsol durch Liquor cerebrospinalis. B. kl. W., 1912, Nr. 19. — 19. Mayr, Die Goldsolreaktion. Arch. f. Derm., 1921, Bd. 134, S. 243. — 20. Nathan, Zschr. f. Immunitätsforsch., Bd. 29, H. 6, S. 562. — 21. Neisser, N. u. Friedemann, Studien über Ausflockungserscheinungen. M. m. W., 1904, Nr. 11, S. 465. — 22. Neufeld, Über die Reaktion des kolloidalen Goldes mit normalen und pathologischen Flüssigkeiten. Zschr. f. Immunitätsforsch., 1917, Bd. 26, S. 368. — 23. Sachs, H., Über die Ausflockung des Mastix durch Liquor cerebrospinalis. B. kl. W., 1916, Nr. 25, S. 690; Zschr. f. Immunitätsforsch., 1912, Bd. 13, S. 371. — 24. Sahlgren, Über die Natur der Mastixreaktion im Liquor cerebrospinalis. M. m. W., 1922, Nr. 17, S. 618. — 25. Schönfeld, Über die Mastixreaktion und ihre Stellung zu anderen Reaktionen in der Rückenmarksflüssigkeit. M. m. W., 1920, Nr. 17. — 26. Schönfeld, Die Untersuchung der Rückenmarksflüssigkeit usw. Arch. f. Derm., 1919, Bd. 127, S. 493. — 27. Spät, Die Goldreaktion in der Zerebrospinalflüssigkeit. Zschr. f. Immunitätsforsch., 1915, Bd. 23, S. 426. — 28. Weigeldt, Die Goldsolreaktion im Liquor cerebrospinalis. D. Zschr. f. Nervenhk., 1921, Bd. 67, H. 5/6.

Die Behandlung des Karbunkels unter Beziehung auf den Aufsatz von Schütz[1]).

Von

Dr. Friedrich Hammer in Stuttgart.

Die Ausführungen des Verfassers über die klinischen Unterschiede von Furunkel und Karbunkel finde ich äußerst treffend, kann mich aber der unbedingten Forderung nach chirurg. Behandlung des Karbunkels nicht anschließen. Auch ich habe vor einigen Jahren die Beobachtungen am eigenen Halse machen können. In allerletzter Zeit hatte ich einen außergewöhnlich großen Karbunkel am Hinterkopf und gegenwärtig einen solchen bei einer schwächlichen Frau in Behandlung, dessen Nekrose im größten Durchmesser 8 cm und dessen Durchmesser mit dem Randwall 20 cm betrug. Dabei traten eitrige Unterhöhlungen des Randes ein, die bekämpft werden mußten. Es fehlte aber ganz der bedrohliche Verlauf. Ich habe noch keinen Karbunkel gespalten oder spalten lassen und auch noch keinen Kranken an dieser Krankheit verloren. Ich kann nur versichern, daß die Heilung spielend vor sich geht, wenn man für unbedingte Ruhe und möglichste Fernhaltung äußerer Reize Sorge trägt, indem man z. B. die Wunde mit Guttapercha oder Wachsbattist glatt bedeckt und den wenig befeuchteten Verband möglichst unverschiebbar darüber befestigt. Es ist ein Genuß dann zuzusehen, mit welcher Planmäßigkeit und Sicherheit der Organismus seinen Abwehr- und Abscheidungspflichten nachkommt und welche unerwartet geringe Zeit er zur Heilung braucht. Die Narbe ist danach überraschend geringfügig, während die Narbe nach eingeschnittenem Karbunkel geradezu eine Entstellung bedeutet.

Ich bin also der Meinung, daß man die Grundsätze der Ruhigstellung der Wunde unter Abschluß, wie sie Bier empfohlen hat, auch beim Karbunkel in Anwendung bringen soll.

Wismutinjektionen in der Syphilistherapie mit Bismogenol Tosse.

Von

Dr. H. Deselaers, Regierungsarzt a. D. in Krefeld.

In Nr. 15 vom 14. IV. 22 der Münchener med. Wochenschrift berichtet Hugo Müller über seine Beobachtungen mit dem von den Franzosen eingeführten weinsauren Kalium-Natrium-Wismut „Trepol". Die Wirksamkeit und Brauchbarkeit dieses Wismutpräparates steht außer Zweifel.

[1]) Derm. W., Nr. 18, S. 421.

Digitized by Google

Vorher hatten bereits die Argentinier Nicolas Greco und Adolfo Muschietti die französischen Präparate einer genauesten systematischen Untersuchung unterzogen. Greco und Muschietti zogen überhaupt alle Wismutderivate in bezug auf ihre Brauchbarkeit heran. Sie stellten zum Schlusse das Wismutsubsalizylat dar, das sich in der Syphilistherapie als ebenso brauchbar, wenn nicht dem französischen Präparat überlegen erwies.

Ich hatte Gelegenheit, eine Reihe von Syphilispatienten mit dem Bismogenol[1]), einer Wismutdoppelverbindung, zu behandeln. Die Resultate waren so überraschend gute, daß ich nicht daran zweifele, daß sich das Präparat bald in die allgemeine Syphilistherapie einführen wird.

1. Fall: Mann, 40 Jahre alt, multiple, wenig indurierte flache Primäraffekte am inneren Präputialblatt, Spirochäten massenhaft, ausgedehnte Roseola, WR stark positiv. 11. IV. 1. Injektion 0,2 ccm Bismogenol (Probierdosis). 13. IV. 2. Injektion 1 ccm Bismogenol, 2 Tage später blassen die Flecke ab. 18. IV. 3. Injektion 1 ccm Bismogenol. die Flecke sind kaum noch erkennbar. 22. IV. 4. Injektion 1 ccm Bismogenol, die Flecke sind verschwunden; die Primäraffekte sind überhäutet, die Drüsenschwellungen fast nicht mehr tastbar. Der Patient erhielt noch weitere sieben Injektionen von je 1 ccm Bismogenol in viertägigen Abständen.

2. Fall: Mann, 36 Jahre, P.- A. am Frenulum, gangränös. Spirochäten reichlich. Drüsenschwellung; WR schwach positiv. 10. IV. 1. Injektion 0,2 Bismogenol. 12. IV. 2. Injektion 1 ccm Bismogenol. 15. IV. 3. Injektion 1 ccm Bismogenol. Die Drüsenschwellung ist stark zurückgegangen, gangränöse Teilchen haben sich abgestoßen, das Geschwür hat sich gereinigt. 19. IV. 4. Injektion 1 ccm Bismogenol. Die Drüsenschwellung kaum noch erkennbar, der P.-A. überhäutet sich. 25. IV. 5. Injektion 1 ccm Bismogenol. Der Patient ist geheilt, die Drüsenschwellung ist nicht mehr feststellbar. Der Pat. erhielt weitere 5 Injektionen je 1 ccm Bismogenol in viertägigen Abständen.

3. Fall: Mann, 34 Jahre alt, P.-A. am inneren Präputialblatt, Spirochäten vorhanden. ganz leichte Drüsenschwellung, WR schwach positiv. 14. IV. 1. Injektion 0,2 Bismogenol. 16. IV. 2. Injektion 1 ccm Bismogenol. 20. IV. 3. Injektion 1 ccm Bismogenol, der P.-A. reinigt sich. 24. IV. 4. Injektion 1 ccm Bismogenol, der P.-A. ist überhäutet. die Drüsenschwellung ist nicht mehr feststellbar. Der Pat. erhält weitere 6 Injektionen Bismogenol je 1 ccm in viertägigen Intervallen.

4. Fall: Mann, 42 Jahre alt. Rote Flecke am inneren Präputialblatt. Drüsenschwellungen am ganzen Körper. Die Dorsalseiten der Füße sind durch Ödem stark angeschwollen. In dem Ödem liegen etwa 18 tiefe Geschwüre, in denen vereinzelt Spirochäten nachweisbar sind. Der Pat. klagt dann noch über starke Kopfschmerzen. WR stark positiv. Die Handflächen und die Fußsohlen sind mit schuppenden Flecken bedeckt. 18. IV. 1. Injektion 0,2 Bismogenol. 20. IV. 2. Injektion 1 ccm Bismogenol. 24. IV. 3. Injektion 1 ccm Bismogenol. Die Ödeme der Füße sind bereits jetzt schon so weit zurückgegangen, daß sie kaum noch zu erkennen sind. Der Pat, der sich vor der 1. Injektion nur mühsam fortbewegen konnte, kann wieder wie früher gehen. 28. IV. 4. Injektion 1 ccm Bismogenol. Die Geschwüre der Füße liegen bereits in der Hautoberfläche und sind teilweise schon mit einer dünnen Haut überzogen. Die Erosionen am inneren Präputialblatt sind geheilt, die Schuppen an der Handfläche und auf den Fußsohlen sind abgefallen, leichte braune Flecke sind noch sichtbar. Die Kopfschmerzen sind geschwunden. 1. V. 5. Injektion 1 ccm Bismogenol. Alle äußeren syphilitischen Erscheinungen sind geheilt. Der Pat. erhielt noch 5 Injektionen je 1 ccm Bismogenol in viertägigen Intervallen.

5. Fall: Mann, 37 Jahre alt. Der Pat. ist bereits seit 10 Monaten in meiner Behandlung und erhielt 3 Vollkuren Hg und Neosalvarsan, und zwar 12 Hg salicylicum und bei der 1. Kur 4,8 g Neosalvarsan; bei der 2. Kur 5,4 g Neosalvarsan, bei der 3. Kur 6 g Neosalvarsan. Die beiden ersten Kuren wurden in einem sechswöchigen Abstand voneinander gemacht, die dritte Kur 4 Monate nach der zweiten Kur. In der Zwischenzeit wurde täglich Jodkalium eingenommen. Vom ersten Tage der Behandlung an zeigte sich bei dem Pat. in der Nasolabialfalte beiderseits eine große syphilitische Papel, ebenso in beiden Lippenwinkeln. In den Papeln waren ständig

[1]) Hersteller: E. Tosse & Co., Hamburg 22.

Digitized by Google

Spirochäten nachweisbar. Die zehnmonatige Behandlung mit unseren wirksamen Syphilismitteln hatte nicht vermocht, die Papeln auch nur im geringsten zu reduzieren. Ich begann nun mit Wismut- bzw. Bismogenolinjektionen. 8. IV. 1. Injektion 0,2 Bismogenol. 11. IV. 2. Injektion 1 ccm Bismogenol. 15. IV. 3. Injektion 1 ccm Bismogenol. Die Papeln haben sich jetzt schon so weit zurückgebildet, daß sie nur noch braune Flecke hinterlassen. 19. IV. 4. Injektion 1 ccm Bismogenol; die Nasenwandungen, die innen mit Papeln besetzt waren, sind vollkommen frei. Der Pat. erhielt weitere 6 Injektionen Bismogenol je 1 ccm in viertägigen Intervallen.

6. Fall: Pat. hat in den letzten 4 Monaten 2 Vollkuren Salvarsan je 4,8 g und je 14 Injektionen Hg- salicylicum durchgemacht. Nach den Kuren blieb trotz Verabreichung von Jodkalium eine syphilistische Papel an der Nase und an der Lippe unbeeinflußt. Nach 4 Injektionen von Bismogenol je 1 ccm waren die Papeln verschwunden.

7. Fall: Pat. mit 2 syphilitischen großen Papeln am After und an der Scheide nach 3 Injektionen geheilt. Sie erhielt weitere 7 Injektionen je 1 ccm Bismogenol in viertägigen Abständen.

8. Fall: Pat. erhielt 3 Injektionen Hg- salicylicum je 1 ccm, nach der dritten Injektion trat eine heftige ulzeröse Stomatitis auf. Die Hg-Injektionen wurden suspendiert und 4 Tage nach der letzten Hg-Injektion erhielt Pat. eine Bismogenol-Injektion von 0,2 ccm, 2 Tage später eine weitere Bismogenol-Injektion von 1 ccm. Zwei Tage später waren die ulzerösen Geschwüre im Munde geheilt. Der Pat. wurde weiter mit Bismogenol behandelt in der üblichen Weise. Die schnelle Heilung der ulzerösen Hg-Geschwüre ist ohne Zweifel auf das Bismogenol zurückzuführen.

Bei sämtlichen Fällen war die WR bei Beginn der Behandlung mit Bismogenol stark, resp. schwach positiv. Am Ende der Behandlung war die WR bei Fall 2, 3 und 4 negativ, bei Fall 1 und 5 schwach positiv und bei Fall 6 und 7 stark positiv.

Die Injektionen wurden nach der bei den unlöslichen Hg-Präparaten üblichen Methode vorgenommen. Eine eigentliche Schmerzhaftigkeit bestand nicht, vielmehr nur in 2 Fällen ein schweres Gefühl an der Injektionsstelle, nach den Beinen ausstrahlend.

Die Stomatitis, die bei dem französischen Präparat beobachtet wurde, trat bei Bismogenol überhaupt nicht auf. Es bildete sich in 4 Fällen nur ein leichter Wismutsaum, bei 2 Fällen war überhaupt nichts zu sehen. Die Kuren wurden ausgezeichnet vertragen. Bei allen Patienten trat während der Injektionen im Urin weder Zucker noch Eiweiß auf.

Aus den behandelten Fällen geht hervor, daß Bismogenol zweifellos ein ausgezeichnetes Antisyphilitikum ist und bei Fällen, bei denen Hg und Salvarsan nicht vertragen wird, nicht zu entbehren ist. Dem französischen Präparat ist es bei weitem überlegen.

Nicht zu unterschätzen ist der bedeutend niedrigere Preis des Bismogenol im Vergleich zu dem französischen Präparat „Trepol", dessen Verwendung in großem Umfange wegen der Valutaverhältnisse wohl kaum in Betracht kommt.

Fachzeitschriften.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

1922, Bd. 20, H. 5, 6 u. 7.

Die Fürsorge für Geschlechtskranke bei der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz, von Karl Vossen-Düsseldorf. 1916 erfolgte auf Hinweis des Reichsversicherungsamtes die Einrichtung von Beratungsstellen für Geschlechtskranke, die die Behandlungskosten für Wiederholungskuren und gemeinsam mit den Krankenkassen auch für die Abortivkuren tragen. — Im Rheinland bestehen jetzt 7 ärztlich geleitete

Digitized by Google

Beratungsstellen, deren ärztliche Tätigkeit lediglich im Diagnostizieren besteht. Der schriftliche Verkehr mit den Kranken wie auch Werbetätigkeit und Arbeitsweise der Beratungsstelle sind unauffällig und diskret. Es wurden in drei Jahren (1918—20) 38527 Personen beraten und 24498 Personen behandelt. Die von der LVA. aufgebrachten Kosten betrugen 3,5 Millionen Mark. Es stellte sich eine Beratung auf 13,12 Mark, eine Kur auf 122,96 Mark. Heute hat die LVA. sich auch der geschlechtskranken Gefangenen und Fürsorgezöglinge und durch den Geschäftsverkehr der Polizeifürsorgerinnen mit den Beratungsstellen auch der Prostitution angenommen.

Ein Vorschlag zum Kapitel „Bekämpfung der Syphilis", von Joh. Fick-Wien. Der Vorschlag bezweckt ein Herausheben der Syphilis aus der Sexualsphäre, da erst, wenn der Geschlechtskrankheit nicht mehr das Odium einer solchen anhaftet, eine allgemeine Bekämpfung erfolgen kann. Daher: „zwangsweise Vornahme der WR, wiederholt bei Intervallen von 6—12 Monaten, bei der Gesamtbevölkerung, ohne gleichzeitige sonstige Untersuchung, ohne aufdringliche Beratung, ohne Zwangsbehandlung bei positivem Ausfall der Reaktion, überhaupt ohne weitere Konsequenzen". Die amtlich ausgestellten Zeugnisse sind ähnlich wie z. B. ein Impfschein zu betrachten. Die These verlangt also nur, daß die Syphilis zum öffentlichen Interesse wird, das jeder ungeniert besprechen kann und auf Grund dessen sich später erst eine allgemeine und persönliche Prophylaxe und Therapie wie auch Ausschaltung von Infektionsquellen ermöglichen lassen wird.

Gedanken zur Sexualpädagogik, von Jul. K. Mayr. Neben der dualistischen, ethischen und der naturalistischen (physiologischen) Sexualpädagogik gibt es eine dritte Form, die einen Kompromiß beider bedeutet und die für die Allgemeinheit wohl am brauchbarsten ist. Die Erziehung kann bei den Eltern oder der Schule liegen, und auch hier scheint der gangbarste Weg wieder ein Zusammenarbeiten beider. Wo Eltern ohne Schwierigkeit die sexuelle Erziehung ihrer Kinder gestalten, da ist die Schule überflüssig. In den meisten Fällen aber wird die sexuelle Erziehung zweckmäßig beim Lehrer liegen, der durch die Eltern über das Kind und sein Zuhause unterrichtet ist. Ein Klassenunterricht ist wegen der verschiedenen Reifegrade unmöglich, und gestaltet sich also der aufklärende Teil der sexuellen Erziehung am besten unter vier Augen in der allgemeinen Sprechstunde des Lehrers. E. Dethleffsen-Heidelberg.

Reunion Dermatologique de Strasbourg.

Sitzung vom 12. März 1922.

J. Nicolas, G. Massia und J. Gaté: **Vorläufige Mitteilung über die Anwendung des weinsteinsauren Wismuts bei der Behandlung der Syphilis** (Note préliminaire sur l'emploi de l'émétique de bismuth dans le traitement de la syphilis à la clinique dermatologique de l'Antiquaille). Zur Anwendung kamen ölige Suspensionen oder Lösungen mit oder ohne Zusatz von Guajakol. Primäraffekte schwanden in 8—12 Tagen, Sekundärerscheinungen in 8—25 Tagen. In einer Reihe von Fällen, die gegen Arsen refraktär waren, oder, wie das in zunehmender Häufigkeit beobachtet wird, 2—3 Wochen nach der letzten Novarsenobenzoleinspritzung Rückfälle zeigten, guter Einfluß, kein Rückfall nach 30—40 Tagen. Ebenso in Fällen mit wiederholten nitritoiden Krisen nach Arsen und geringer Einwirkung von Hg. Über die Dauerwirkung ist noch nichts zu sagen. Das Medikament hat jedoch sehr unangenehme Nebenwirkungen: starke Schmerzen an der Injektionsstelle, bisweilen Entzündungen, hin und wieder nach einer Reihe von Einspritzungen schlechtes Allgemeinbefinden mit geringen Fieberbewegungen, bald wieder schwindend. Fast regelmäßig grau-bläulicher Saum am Zahnfleische, jedoch selten stärkere Stomatitis. Verhältnismäßig häufig Albuminurie. Die Dosis betrug bei der öligen Suspension 5—7 Einspritzungen von 0,2 alle 6—7 Tage, bei der Lösung 0,1 alle 2—3 Tage, doch wurden hier die Schmerzen bald sehr stark.

J. Nicolas, J. Gaté und D. Dupasquier: **Über einen Fall von tertiärer kongenitaler Syphilis des Zwischenkiefers** (Sur un cas de syphilis tertiaire héréditaire du bourgeon incisif). Der Zwischenkiefer ist eine Lieblingsstelle für die Einwirkung des Syphilisvirus. Während des Fötallebens bewirkt es hier die Bildung der Hutchinsonschen Zähne und der Hasenscharte, später kommt es zu gummösen Erscheinungen wie in dem vorgestellten Falle, die zu völliger Zerstörung des Knochens mit Ausstoßung von Sequestern führen können. Nur in seltenen Fällen sind andere Teile des Kiefers mitbeteiligt.

Digitized by Google

L.-M. Pautrier und J. Rordorer: **Pemphigus foliaceus.** Seit 9 Jahren bestehender Fall. WR (ohne daß Anzeichen von Syphilis oder anamnestische Angaben vorgelegen hätten) zweimal positiv; drei Serien von Eneseleinspritzungen ohne Einfluß.

L.-M. Pautrier: **Dermatitis herpetiformis mit positiver Reaktion im Lumbalpunktat** (Dermatite polymorphe douloureuse avec réaction méningée). Mann von 74 Jahren, stets gesund, Vater von 8 gesunden Kindern. Reiner Fall der erythematösbullösen Varietät der Krankheit. Im Lumbalpunktat keine Drucksteigerung, leichte Albuminose und Lymphozytose; diese Veränderungen können nur durch die Hautkrankheit erklärt werden.

Olga Eliacheff und Zimmerlin: **Ein Fall von Pityriasis rubra pilaris** (Un cas de „pityriasis rubra" pilaire). Angesichts der seinem Alter nicht entsprechenden Entwicklung des 16jähr. Knaben wird an die Möglichkeit einer endokrinen Störung gedacht und eine Organo-Therapie in Aussicht genommen.

Hügel: **Ein Fall von „Elephantiasis nostras"** (Un cas d'„élephantiasis nostras"). Der histologische Befund ergab eine allgemeine Hyperplasie (mit Ausnahme des atrophischen elastischen Gewebes) durch Sklerose und Neubildung des Bindegewebes und Läsionen der Gefäße: Dilatation, Neubildung, Verdickung der Wandungen und Obliteration mit sehr ausgesprochenem perivaskulärem Infiltrat.

L.-M. Pautrier: **Ein Fall von Akanthosis nigricans mit Magenkrebs** (Un cas d'„acanthosis nigricans" [avec cancer de l'estomac]). Die Erkrankung begann einen Monat nach einer wegen einer inoperablen Neubildung des Magens ausgeführten Gastro-Entero-Anastomose. Zunge und Mundschleimhaut erscheinen völlig normal.

E. Levin-Berlin.

The British Journal of Dermatology and Syphilis.

April 1922.

Ein Lupus pernio ähnelnder Zustand bei einem Kinde, infolgedessen die Frage, ob Erythroedema („Pink disease") und Acrodynia (epidemisches Erythem) (A Condition Somewhat Resembling Lupus pernio in a Child. Sequel: Question of Erythroedema [The „Pink disease"] and Acrodynia [„Epidemic Erythema"], von F. Parkes Weber. Bei dem $2^1/_2$jähr. Knaben war ein Zustand vorhanden, der meist mit „Acrodermatitis chronica mutilans" bezeichnet wird: außerordentliche Röte der Wangen und des Kinns, leichter Abschuppungsprozeß, chronischer, schleimig-eitriger Ausfluß aus der Nase, deren Rücken eingedrückt war. Die Haut der Hände war geschwollen, rot oder zyanotisch, die Spitzen einiger Finger waren durch Gangrän oder Ulzeration verloren, die Füße wie die Hände neigten zu Schwellung und roter oder livider Verfärbung, und an jeder Sohle war ein unregelmäßig geformtes chronisches Geschwür vorhanden. Fieber war gelegentlich vorhanden, wahrscheinlich im Zusammenhang mit der septischen Erkrankung der Nase. Eine Blutzählung zeigte nichts Spezifisches, ebensowenig die mikroskopische Untersuchung eines Probestückchens, WR und Pirquetsche Hautreaktion. Patient starb im Alter von $3^1/_2$ Jahren. Von insgesamt 88 ähnlichen Fällen, von J. Wood und H. Cole zusammengestellt, betrafen 52 männliche und 36 weibliche Patienten im Alter von 4 Monaten bis zu $3^1/_2$ Jahren, tödliches Ende trat in 5 Fällen ein.

Kurze Bemerkungen über Epidermophyton rubrum, Castellani 1909 (Trichophyton purpureum, Bang, 1910) und Trichophyton violaceum var. decalvans, Castellani 1913, mit Ausführungen über „Ekzema marginatum" („Tinea cruris seu inguinalis") in Japan und „La li tou" oder „parasitäre Follikulitis" („Tinea decalvans pro parte") im südlichen China (Brief Notes on Epidermophyton rubrum, Castellani 1909 Trichophyton purpureum, Bang 1910] und Trichophyton violaceum var. decalvans, Castellani 1913, with remarks on „Ekzema marginatum" [„Tinea cruris seu inguinalis"] in Japan and „La li tou" or „Parasitic Folliculitis" [„Tinea decalvans" pro parte] of Southern China), von M. Ota. Die gewöhnlichste Art von Ekzema marginatum (Tinea cruris oder inguinalis), die in Japan und der Mandschurei angetroffen wird, ist durch das Epidermophyton rubrum, Castellani 1909, verursacht. Bei den 3 Fällen des chinesischen „La li tou" (Alopecia decalvans), bei welchen Reinkultur erfolgreich war, wurde Achorion Schoenleinii in zweien und Trichophyton violaceum var. decalvans in dem einen isoliert. Der Ausdruck „La li tou" scheint daher in China wenigstens für zwei Krankheitsarten — Favus und Castellanis „Tinea decalvans" — gebräuchlich zu sein.

Digitized by Google

Ein Fall von Sklerodermia (Sklerodaktylie-Art) mit Nebennieren-Insuffizienz (Case of Sclerodermia [Sclerodactyly Type] with Adrenal Insufficiency), von J. H. Sequeira. Der Fall betraf eine 24jähr. Polin, die im Alter von 2 Jahren nach England gekommen war und bei der sich das Leiden im Anschluß an Schwangerschaft allmählich entwickelt hatte und schließlich zu völliger Verkrüppelung der Finger, Steifheit der Ellbogen-, Knie- und Fußgelenke führte. Die Haut der ergriffenen Körperstellen ist überall hart, unelastisch und nicht abhebbar, mit Pigmentflecken untersetzt, die sich aber auch unabhängig von den erkrankten an anderen Hautstellen finden. Schilddrüse nicht fühlbar, WR negativ. Genaue Blut-, makroskopische und mikroskopische Untersuchung exzidierter Hautpartikelchen.

Mai 1922.

Die primären Epitheliome der Haut (Des Epitheliomes primitifs de la Peau), von J. Darier-Paris. Vorliegende Arbeit ist der Auszug eines Vortrags, welchen der bekannte französische Dermatologe vor der dermatologischen Sektion des Royal Society of Medecine (16. März d. J.) hielt. Demnach gibt es hauptsächlich 3 Arten von primären Hautkarzinomen: das häufigste (50 %) ist das Spindel- (Stachel-) Zellenkarzinom und zugleich bösartigste; man beobachtet es vor allem am Munde, aber auch im übrigen Gesicht, an Ohren und übrigem Körper, den Narben, Geschwüren und am tuberkulösen Lupus, und es beginnt mit einem warzenförmigen Gebilde oder einem Hauthorn und auf Schleimhäuten mit verrukoser Leukoplakie. Die Entwicklung ist eine sehr rasche, die Lymphdrüsen werden bald ergriffen, es können karzinomatöse Drüsengeschwüre und seltener auch Metastasen auftreten; der Tod tritt innerhalb $1^1/_2$ bis 3 Jahren durch Kachexie und Hämorrhagie ein. Die zweite Art ist das Basalzellenkarzinom, auch Ulcus rodens genannt, 30—40 % der Hautkarzinome bildend; es entwickelt sich besonders auf den 2 oberen Dritteln des Gesichts bei älteren Leuten, aber auch an Extremitäten, Lippen, Zunge und Geschlechtsteilen. Das Basalzellenkarzinom ist charakterisiert durch langsame Entwicklung, die 12—30 Jahre währen kann, durch seine Hartnäckigkeit und Wiederauftreten (Rezidive) nach Operation; aber seine Bösartigkeit ist völlig lokal, niemals führt es zu Drüsenschwellungen oder Metastasen. Das klinische Bild dieses Epithelioms ist sehr verschiedenartig und D. beschreibt 5 Unterarten, deren eine das Ulcus rodens mit einer mehr als 20—30jähr. fortschreitenden Entwicklung ist. Neben diesen zwei Arten von Hautkarzinomen steht eine dritte, die eine Zwischen- oder kombinierte Form dieser beiden darstellt und die er als metatypisches Epithelioma (Spindel-Basalzellen-Karzinom) bezeichnet; es ist nicht sehr selten (10—15 %), wird besonders im Gesicht und speziell auf der Nase, aber auch am behaarten Kopf, Hals, am Knie und anderwärts beobachtet. Seine Entwicklung ist eine raschere als jene des Basalzellenepithelioms, es kann Monate oder Jahre stationär bleiben und dann ein rasches Wachstum mit tiefgreifender Ulzeration erfahren; dieses metatypische Epitheliom kann die Drüsen ergreifen und sich generalisieren.

Hämatogene Infektion bei Trichophytie (Haematogenous Infection in Trichophytia), von E. Bruusgaard-Christiania. Fälle von tiefgehender Trichophytie (Kerion Celsi) mit hochgradigen Entzündungserscheinungen sind oft von akuten Exanthemen (Lichen trichophyticus), besonders bei Kindern begleitet. B. gelang es, den Nachweis zu liefern, daß der Trichophytonpilz auf dem Wege der Blutbahnen diese Eruptionen hervorruft. Bei einem mit hochgradiger Trichophytie des Bartes behafteten, 68jähr. Mann hatte sich ein papulöser Ausschlag symmetrisch an beiden Armen entwickelt und eine frische, kaum 24 Stunden alte Papel wurde aus dem rechten Vorderarm exzidiert; nicht nur in den größeren Entzündungsherden, sondern auch in den kleineren Venen und Papillargefäßen wurden nach entsprechender Behandlung und Färbung Körperchen gefunden, die morphologisch als Pilzsporen anzusehen sind. Die Reinkultur sowohl aus der Papel wie der Bartflechte ergab ein Trichophyton gypseum (auf Maltose und Agar-Agar), das der Asteroidgruppe entsprach. Und so ist die Annahme, daß wenigstens ein Teil der sogenannten Trichophytiden (Bloch) auf hämatogenen Trichophytie-Infektionen beruhen, wirklich bestätigt. Andererseits beschreibt B. kurz einen zweiten Fall, einen 10jähr. Knaben betreffend, wo nach Kerion Celsi des Hinterhaupts Brust und Bauch und Rücken mit einem teilweise desquamierenden Exanthem bedeckt waren, das am Rücken an Dermatitis exfoliativa oder frische Psoriasis erinnerte. Weder mikroskopisch noch durch Reinkultur konnte ein Pilz im Primärherde gefunden werden; andererseits ergab die aus einer am Bauche sitzenden Papel entnommene Flüssigkeit eine Rein-

Digitized by Google

kultur des Trichophyton gypseum. Der Beweis ist somit erbracht, daß es sich um einen Fall von sekundärer Trichophyton-Eruption handelt. Die akute Entwicklung des Exanthems, die symmetrische Verteilung, besonders ausgeprägt an den Oberarmen, ebenso die allgemeine Schwellung der Lymphdrüsen weisen direkt auf einen hämatogenen Ursprung hin.

Pseudo-Alopecia areata (Pseudo-Alopecia areata), von HALDIN DAVIS. Im Anschluß an frühere Fälle — im Jahre 1914 beschrieb D. unter dem Namen „epidemische Alopecia areata" den Ausbruch zahlreicher Fälle (174 unter 300 Zöglingen) in einem Waisenhause — lenkt er hier nochmals die Aufmerksamkeit auf neuerdings beobachtete ähnliche Fälle, wo es sich nicht um wirklichen, durch einen Pilz verursachten Haarausfall, sondern stets nur um ganz kleine, vereinzelte Herde handelte, da, wo die Kinder gerne kratzen. Es handelt sich also um einen künstlich erzeugten Haarausfall, der stets nur als ein alleinstehender Herd an Stellen des behaarten Kopfes, die den Fingern sehr leicht zugänglich sind, auftritt. Vielleicht sind manche von den Alopezia-Epidemien in Wirklichkeit nur von dieser Pseudoart, die durch Massensuggestion unter den Kindern eine derartige Ausbreitung annehmen kann. M. Stern-München.

Journal d'Urologie.

1922, Bd. 13, Nr. 2.

Beitrag zur Kenntnis der bilateralen polyzystischen Niere; klinische und pathologisch-anatomische Studie (Contribution à la connaissance du rein polycystique bilatéral; étude clinique et anatomo-pathologique), von SILVIO ROLANDO, Univers. Genua. S. 81—94. Verf. berichtet über im ganzen 6 Fälle bilateraler polyzystischer Nieren, die er nach seinen histologischen Befunden im Gegensatz zu der VIRCHOWschen Entzündungstheorie mit BRIGHTI und SEVERINI, von KAHLDEN, von HANSEMANN u. a. als kongenital angelegte multilokuläre Adenozystome aufgefaßt wissen will. Alle Kranken boten ein schwer kachektisches Krankheitsbild dar. Nur selten findet man im Gesamturin, der sonst normal ist, granulierte Zylinder. Im allgemeinen sind auch keine Verschiedenheiten der Einzelurine der beiden Nieren festzustellen, es sei denn, daß sich bei einer Niere eine Sekundärinfektion einstellt. Die AMBARDsche Konstante erwies sich als empfindlicher als die Reststickstoffbestimmung aus dem Blut. In $^1/_3$—$^1/_5$ der Fälle findet sich Hämaturie, nur bisweilen machen sich Nieren(Kreuz-)schmerzen bemerkbar. Die Diagnose hat durch Nachweis des Tumors nach Möglichkeit die Doppelseitigkeit der Affektion aufzudecken. Zu erwähnen ist, daß diese Nierentumoren bisweilen Kompressionserscheinungen an anderen Organen, z. B. am Choledochus hervorrufen. Die unkomplizierte polyzystische Niere hat quoad vitam eine günstige Prognose. Therapie: Nach Möglichkeit nicht operatives Vorgehen, das prognostisch sehr ungünstig ist. Energisches Einschreiten ist nur bei schweren Komplikationen, z. B. Vereiterung der Niere, geboten, schon weniger bei Hämaturie oder Anurie, die an sich häufig zum Krankheitsbilde gehören und das letzte Stadium des Leidens darstellen.

Phimosenoperation mit eingestülpter zirkulärer Naht (La phimosiectomie par suture circulaire invaginée). von DARTIGUES und ROUCAYROL. S. 95—98. Die Verff. trennen die phimotische Vorhaut über einer Kocherklemme derart ab, daß ein bequemes Präputium bestehen bleibt. Die zirkuläre Naht derselben kommt auf die Mitte des inneren Präputialblattes zu liegen.

Verschwinden von Blasentumoren nach unvollkommener Zerstörung mittels Hochfrequenzstromes (Disparition de tumeurs de la vessie après leur déstruction incomplète par les courants de haute frequence), von J. MARTIN. S. 100—102. Nach teilweiser Elektrokoagulation eines für bösartig gehaltenen Blasentumors bei einem 65jährigen Manne verschwand die Geschwulst binnen 4 Monaten ohne weitere Therapie. Diese Tatsache ist mit dem Verschwinden von Ovarialpapillomen, später Condylomen der Glans penis und von Hautwarzen, auch wenn diese nur teilweise zerstört oder entfernt wurden, in Parallele zu setzen.

Akutes perforierendes Blasengeschwür (extraperitonealer Durchbruch) (Ulcère simple perforant aigu de la vessie [Perforation extra-peritoneale]), von G. JEAN. S. 103—105. Bei einem hochfiebernden Kranken bestanden eine halbe Flexion mit Abduktion des rechten Oberschenkels und ein Abszeß am Gesäß. Die Rektaluntersuchung legte den Verdacht eines durchgebrochenen Blasenulkus nahe, den die Ope-

Digitized by Google

ration bestätigte. Es zeigte sich 2 cm über der rechten Uretermündung eine Perforation, deren Durchmesser etwa 1 cm betrug und deren Ränder dünn und scharfrandig waren. Umschneidung des Ulkus und Naht. Wenige Tage darauf Tod an Bronchopneumonie. Die Naht hatte gehalten, es zeigte sich, daß der Abszeß sich weit ins Beckengewebe und bis in die Lumbalregion hinauf erstreckte. In der Blase und im Abszeß waren schon bei Lebzeiten des Pat. Kolibazillen gefunden worden, die als ätiologischer Faktor im Verein mit einer Grippe angeschuldigt werden.

E. Sklarz-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Zirkulationsstörungen.

Ein weiterer Beitrag zur Lymphdrainage bei Elephantiasis cruris, von Walter Haubenreisser-Leipzig. (Zbl. f. Chir., 1922, Nr. 14, S. 474.) Verf. empfiehlt die Payrsche Lymphdrainage zur Beseitigung der Elephantiasis cruris und berichtet über 2 Fälle, in denen durch diese Operation eine definitive Heilung erzielt werden konnte.

A. Rosenburg-Berlin.

Erythrocyanosis cutis symmetrica, von F. Balte-Rostock. (Kl. W., 1922, Nr. 12.) Unter dem obigen Titel berichtet Verf. über ein bei 2 jungen Mädchen beobachtetes Krankheitsbild, das mit dem „Frost" große Ähnlichkeit hat, aber sich von diesem durch sein Auftreten auch in warmer Jahreszeit unterscheidet. Verf. hält die Erkrankung für eine vagotonische Vasoneurose der Haut, die unter dem Einfluß des Ablaufs der Ovarialfunktion steht. Es findet sich nämlich 1. eine Abnahme der Verfärbung während der Menstruation und 2. das Auftreten als solches erst nach Eintritt der Menses. Auch andere Stigmata sprachen dafür, daß es sich in den erwähnten 2 Fällen um vagolabile Persönlichkeiten handelt. Therapeutische Versuche mit Ovarialpräparaten und Thyreoidin blieben ohne Erfolg.

E. Langer-Berlin.

Urtikaria, Erythem-, Herpes- und Prurigoformen. Frost.

Eine Rötungsskala, von L. Freund und E. Valenta-Wien. (D. m. W., Nr. 25, S. 839—840.) Zur korrekten Beurteilung der Zu- und Abnahme einer Hautrötung empfehlen die Verff. die Benutzung der von ihnen angegebenen Rötungsskala.

F. Harry-Berlin.

Über ikterische Hautschrift, von J. Schürer-Mülheim a. Ruhr. (D. m. W., 1922, Nr. 18, S. 593.) Das Phänomen der ikterischen Hautschrift ist aus dem Zusammentreffen von Dermographismus und beginnendem Ikterus zu erklären. Normalerweise sind die Hautgefäße für Gallenfarbstoff nur schwer durchgängig; daher ist bei beginnendem Ikterus der Urin oft früher ikterisch verfärbt als die Haut. F. Harry-Berlin.

Ein Fall von Riesenurtikaria, behandelt mit Streptokokken-Autovakzine (A Case of Giant Urticaria Treated by an Autogenous Streptococcus Vaccine), von W. E. M. Armstrong. (Lanc., Nr. 5151, S. 994.) Es handelt sich um eine 31jähr. Frau, die seit 10 Jahren angeblich nach Pilzgenuß an einer Riesenurtikaria litt; und zwar traten alle 4—5 Tage unter Fieber und starker Störung des Allgemeinbefindens am ganzen Körper große urtikarielle Effloreszenzen auf, die nach 48 Stunden wieder verschwunden waren. Alle Therapie war bis dahin machtlos gewesen. Die allgemeine ärztliche Untersuchung ergab nichts Besonderes. Im Urin wird nun während eines Anfalles ein kleiner kurzer Streptokokkus gefunden. Die aus Streptokokken hergestellte Vakzine wird nacheinander gegeben, und zwar zuerst 1½Million, dann 100000 Keime mit dem Erfolg, daß die Pat. seit Dezember 1920 völlig geheilt war.

R. Erichson-Kiel.

Über einen Fall von Purpura fulminans (Purpura Fulminans: Report of Case), von Hugh L. Dwyer-Kansas City. (J. Am. m. Ass., Bd. 78, Nr. 16, S. 1187.) Es wird über einen tödlich verlaufenen Fall von Purpura fulminans eines 3jähr. Knaben berichtet. Ätiologie unbekannt.

F. Quasig-Hamburg.

Die chronische Purpura des Kindesalters (Les purpuras chroniques de l'enfance), von Nobécourt. (Prog. méd., 1922, Nr. 19.) Sie sind bei Kindern außerordentlich häufig, besonders die idiopathischen Formen, die einen akuten Beginn haben oder von vornherein chronisch verlaufen können. Der Typus der Erscheinungen (Petechien,

Digitized by Google

Ekchymosen) kann bei diesen im Verlaufe der Erkrankung wechseln. Schleimhautblutungen (Nase, Mund) sind häufig, Magen, Lunge, Urogenitaltraktus ist kaum beteiligt, nur bisweilen Mennorrhagien. Arthropathien fehlen meist. Nach der Symptomatologie kann man 3 Typen unterscheiden: 1. reiner Hauttypus, 2. komplette Form (Haut, Schleimhaut, Eingeweide), 3. viszerale Form. Ursächlich scheint es sich um eine Erkrankung der Hämatoblasten (ungenügende Bildung oder übermäßiger Zerfall) zu handeln. Die Behandlung muß die Ätiologie (intestinale, hepatische, endokrine Störungen) und Pathogenese (Beziehungen der Hämatoblasten zur Milz, Operation oder Bestrahlung dieser) berücksichtigen. Außerdem koagulierende Behandlung (Einspritzung von Pferdeserum, Propepton, Eigenserum). E. Levin-Berlin.

Nesselsucht nach gewohnheitsmäßigem Gebrauch von Phenolphthalein. Mit Bericht eines Falles (Urticaria from Habitual Use of Phenolphthaleïn: Report of a Case), von Edward F. Corson und David M. Sidlick-Philadelphia. (J. Am. m. Ass., Bd. 78, Nr. 12, S. 882—883.) Der Aufsatz gibt einen kasuistischen Beitrag zu den recht seltenen Fällen von Urtikaria nach gewohnheitsmäßigem Phenolphthaleingebrauch. Klinisch zeigte der Fall den gewöhnlichen Typ der Urtikaria. F. Quasig-Hamburg.

Besonderer Typ von epidemischer Dermatitis (Peculiar Type of Epidemic Dermatitis), von O. Brown. (J. of. trop. Med. and Hyg., 1922, Nr. 1, S. 4.) Die epidemische Dermatitis ist durch plötzliches Erscheinen ausgezeichnet, indem zuerst heftiges Jucken an Bauch und Gesäß auftritt mit Papelbildung. In den tieferen Hautschichten treten Granulome von Bohnen- bis Marmelgröße auf. Das Jucken ist nachts besonders heftig, oftmals Gefühl von Ameisenkriechen. Eigen ist der Erkrankung auch ein rasch wechselndes Auftreten an verschiedenen Hautstellen. Die Papeln hinterlassen, falls sie tief abgekratzt sind, Pigmentierungen. Zuweilen auch Bildung von Nagelgeschwüren, zeitweilig auch wird ein roseolenartiger Hautausschlag auf der Brust beobachtet, ferner ein vorübergehender Haarausfall. Die Symptome dauern 3—4 Monate, oft aber länger, indem sie zeitweise verschwinden, um dann wieder aufzutreten. Behandlung symptomatisch. F. Quasig-Hamburg.

Erythema nodosum bei Kindern (L'érythème noueux chez l'enfant), von Nobécourt. (Progr. méd., 1922, Nr. 8.) Die Krankheit tritt bei Kindern nicht in frühester Kindheit auf, ist anscheinend bei Mädchen häufiger. Außer den Hauteruptionen finden sich örtliche und Allgemeinerscheinungen: Schmerzen, Fieber, Blässe, allgemeine Schwäche, Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit. Die Ätiologie ist keine einheitliche, man unterscheidet die Fälle in toxische, infektiöse (Diphtherie, Typhus, Tripper, Syphilis, Tuberkulose), idiopathische. Im besonderen werden die noch nicht sicher gestellten Beziehungen zur Tuberkulose eingehend erörtert. E. Levin-Berlin.

Hirschhornsalz und Erythema nodosum, von Robert Ammann-Aarau. (Schweiz. m. W., 1922, Nr. 10.) Die Wirkung war eine prompte, auch bei starken begleitenden Gelenkschmerzen. Verordnung: Ammon. carbon. 5,0, Aqua ad 100,0 zweistündlich einen Kaffeelöffel in einem Viertelglas Wasser. Verdünnung ist nötig, da starke Lösung den Magen reizt. Nachschübe blieben aus. Die Wirkung trat auch bei tuberkulösen Pat. ein, was nicht zu erwarten gewesen wäre, wenn es sich beim Erythema nodosum, wie vielfach behauptet, um eine tuberkulöse Ursache handelte. E. Levin-Berlin.

Doppelseitiger Herpes zoster, von E. Hillenberg-Zittau. (Kl. W., 1922, Nr. 15, S. 737.) Verf. beschreibt einen ausgedehnten doppelseitigen Herpes zoster der Labien, der Innenseiten beider Oberschenkel, am Bauch und links hinten in der Gegend des Darmbeinkammes bis zur Wirbelsäule bei einem 17jähr. Mädchen.
E. Langer-Berlin.

Bericht von einem Fall von Herpes nasalis nach Phenolphthaleingebrauch (Report of a Case of Nasal Herpes Due to Ingestion of Phenolphthaleïn), von Jacob Rosenbloom-Pittsburgh. (J. Am. m. Ass., Bd. 78, Nr. 13, S. 967.) Bei einem 36jähr. Mann traten zwei- bis dreimal im Monat Schübe von Herpes nasalis auf, die nach 10—14 Tagen mit tiefliegenden Pigmentierungen abheilten. Die Ursache für die Erkrankung gaben die Alophenpillen ab, die der Kranke gegen seine Verstopfung nahm. Die Pillen enthielten Phenolphthalein. Nach Fortlassung des Medikaments blieb der Kranke frei von Herpes nasalis. F. Quasig-Hamburg.

Über Chlamydozoa-Strongyloplasmen. 8. Über Geflügelpocke, von B. Lipschütz, Serotherap. Inst. Wien. (Zbl. f. Bakt., 1921, Bd. 87, H. 3, S. 191—198.) Die Einschlußkörperchen bei Geflügelpocke treten ausschließlich im Protoplasma der Retezellen der Epidermis bzw. im Follikelepithel auf. Ihre strenge Beschränkung auf das Protoplasma und ihr verschieden tinktorelles Verhalten läßt ihre Entstehung aus präfor-

Digitized by Google

mierten Kernbestandteilen ablehnen. Nur die Bendaschen Körperchen entsprechen verlagerter Nukleolarsubstanz. Die Geflügelpockenkörperchen erweisen sich als Viruskolonien im Gewebe. Sie sind aus einer enormen Anzahl kleinster Körperchen zusammengesetzt und lassen das Protoplasma der Wirtszelle zum Teil unverändert. Ihre Entstehung kann schon 3 Tage nach kutaner Impfung erfolgen. Die Geflügelpocke stellt eine Allgemeininfektion dar. Das Virus tritt nach 8—10 Tagen in den Parenchymorganen auf und wird noch nach 6 Wochen und später, wenn bereits alle Hauterscheinungen abgeklungen sind, daselbst gefunden. Der immun gewordene Organismus erwies sich noch als Parasitenträger. Das Virus ist sehr resistent. Über den Injektionsmodus konnte Verf. zu keiner bestimmten Ansicht gelangen. Salvarsan beeinflußt in vitro das Virus nicht. G. Kapferer-Heidelberg.

Der Zellkern als Virusträger (Die Karyooikongruppe der Chlamydozoa-Strongyloplasmen), von B. Lipschütz-Wien. (Zbl. f. Bakt., 1921, Bd. 87, H. 4, S. 303—310.) Auf Grund seiner Untersuchungen hat Verf. bei drei menschlichen Hautaffektionen — Herpes zoster, Herbes febrilis und Herpes genitalis — die Bildung von Einschlußkörperchen nur in den Zellkernen gefunden, wodurch die bisher nur aus drei tierischen Krankheiten bestehende Karyooikongruppe der „Einschlußkrankheiten" eine wesentliche Bereicherung erfahren hat. Die Einschlußkörperchen bei den genannten Erkrankungen treten als kleine rundliche bis elliptische, leicht färbbare Gebilde auf, deren Form bei komprimierten Zellen sich verändern kann. Ihre Begrenzung ist gewöhnlich scharf, selten in peripheren Anteilen verschwommen. Sie füllen die Kernhöhle teilweise oder fast völlig aus. Sie erscheinen homogen, lassen aber tinktorell Differenzierungen in kleinste Körperchen und Grundsubstanz unterscheiden. Ausbildung dieser Kerneinschlüsse beobachtete Verf. schon nach 7 Stunden, er fand sie noch nach 7 Tagen, meist verschwinden sie jedoch früher. Die verschiedenen färberischen Affinitäten von Nukleolen und Kerneinschlüssen lassen eine Ableitung der letzteren aus Kernsubstanz nicht zu. Die Möglichkeit der experimentellen Erzeugung durch Übertragung erlaubt die Gebilde biologisch gleichwertig den schon bekannten Zelleinschlüssen anzugliedern.
G. Kapferer-Heidelberg.

Erfrierung, Verbrennung, Wunden.

Primäre Deckung nach Thiersch bei frischen Verletzungen mit großen Hautverlusten, von O. H. Petersen, Städt. chir. Klin. Dortmund. (Bruns Beitr., 1922, Bd. 125, H. 3, S. 730—732.) Grundbedingung für dieses Verfahren ist, daß man all das Gewebe, welches durch Quetschung zertrümmert oder sehr ausgedehnt verschmutzt ist, abträgt und alsdann eine sehr gute Blutstillung ausführt. Von dem sonst noch anhaftenden Schmutz sind die Wunden nach Möglichkeit durch Abspülen zu reinigen. Alsdann wird die ganze Fläche mit Thierschschen Läppchen bepflanzt und mit einem trocknen Gazeschleier bedeckt. Der Erfolg ist stets ein guter.
W. Chrzelitzer-Waldenburg (Schles.).

Injektionsepithelisierung nach Pels-Leusden. Ein neues Verfahren, granulierende Flächen und Wunden zu überhäuten, von Karl Reschke-Greifswald. (Zbl. f. Chir., 1922, Nr. 21, S. 730—732.) Zur Deckung granulierender Flächen spritzte Verf. einen nach der von Mangoldt angegebenen Methode gewonnenen Epithelbrei mittels neu angegebener Metallspritze (Abb.) unter die granulierende Fläche. Nach ganz kurzer Zeit (2—3 Tage) waren die schmierigsten Ulzerationen in schönste granulierende Flächen verwandelt, die sich bald epithelisierten und eine auf der Unterlage gut verschiebliche, kräftige, neugebildete Haut bildeten. A. Rosenburg-Berlin.

Impetigo, Pyodermien, Diphtherie.

Impetigo contagiosa in Schulen (Impetigo Contagiosa as Seen in Schools), von A. I. Simey-London. (The Lancet, Nr. 5146.) Verf. ist der Ansicht, daß die Krankheit oft beim Fußballspielen übertragen werde und entstehe. In den Schulen sollte zur Bekämpfung peinlich auf Reinlichkeit und Pflege besonders der Kopfhaut und Finger geachtet, und jeder verdächtige Fall sofort dem Schularzt überwiesen werden.
R. Erichson-Kiel.

Vereisung bei Staphylokokkeninfektionen, von Beckenheimer-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 21, S. 694—695.) Verf. empfiehlt seine Methode der Vereisung für Staphylomykosen (dreimaliges Vereisen hintereinander in Pausen von 1 Minute). Die Heilung tritt nicht durch Abtötung der Bakterien ein, sondern lediglich infolge der starken Hyperämie, die nach dem Auftauen der Gewebe entsteht. F. Harry-Berlin.

Digitized by Google

Beitrag zur Wunddiphtherie und deren Behandlung, von Hilgenreiner. (D. Zschr. f. Chir., 1922, Bd. 170, H. 1/4.) Die Fälle von Wunddiphtherie zeigen sehr wechselnden Bakterienbefund. Für die Diagnose erscheinen auch bei sonst normaler Beschaffenheit Schmerzen in der Umgebung der Wunde verdächtig. Zur Behandlung wurde örtliche Anwendung von grauer Salbe sehr wertvoll befunden; falls sich diese Erfolge weiter bestätigen, so käme bei allen Bazillenträgern eine Schmierkur mit grauer Salbe in Betracht, um die an der Haut befindlichen Diphtheriebazillen abzutöten.
E. Levin-Berlin.

Ekzemtherapie mit der Strauszschen Salbe (Unguentum Strauszii contra ekzema), von Artur Voigt. (Diss., Greifswald 1920.) Das Präparat besteht aus Lanolin, Perubalsam und Zinkoxyd. F. Weiler-Leipzig.

Eczema vaccinatum, von Friedrich Köthe. (Diss., Leipzig 1921.) Drei Fälle aus der Leipziger Hautklinik (Rille), in denen die Erkrankung im Gesicht bei Knaben im Alter von 2, $^3/_4$ und $^1/_4$ Jahr auftrat. Der letztere Fall, in dem die Krankheit auch den übrigen Körper ergriff, endete letal. Lokal wurden Borwasserumschläge verabfolgt. Wesentlich ist es, dem kranken Kinde die Ärmchen mit einer Pappschiene festzubinden, damit es bei dem intensiven Juckreiz mit dem kratzenden Finger keine Ausdehnung des Krankheitsherdes verursache. F. Weiler-Leipzig.

Über eine neue Dermatose auf dem Handteller, von O. Oho-Taihoku (Formosa). (Arch. f. Schiffs- u. Tropen-Hyg., Bd. 26, H. 3, S. 69, und Bd. 4, S. 97.) Verf. hat auf Formosa bei 29 Pat., hauptsächlich jungen japanischen Frauen mit zarter Haut, eine seit mehreren Jahren bestehende, auf der Beugefläche der Finger sowie dem Daumen- und Kleinfingerballen lokalisierte leichte Abschuppung beobachtet, die einzelne Rhagaden zeigte und allmählich den ganzen Handteller ergriff. Die erkrankten Hautpartien sind leicht gerötet und fühlen sich heiß und trocken an. Die Schweißbildung hört auf den ergriffenen Stellen von Anfang an gänzlich auf. Die Grenze der Veränderung ist nicht scharf, die Nägel sind meist unverändert. Bei einer Anzahl Fälle scheint die Tastempfindung etwas herabgesetzt, Empfindung gegen Wärme dagegen gesteigert. Histologisch ist die Hornschicht dünner als normal und zeigt stellenweise Parakeratose, die Körnerschicht ist teilweise verbreitert. Entlang den Gefäßen läuft eine leichte Zellinfiltration. Auffallende histologische Veränderungen sind nirgends zu finden. Bakterien und Fadenpilze sind nicht nachweisbar. Das Bild ist ähnlich dem des Ekzems. Verf. schlägt den Namen Dermatitis exsiccans palmaris vor. Sowohl örtliche wie interne Therapie haben versagt. G. Assmann-Kiel.

Psoriasis.

Die Behandlung der Psoriasis mit Jodipin, von Herbert Lucas. (Diss., Leipzig 1921.) Elf mit Jodipin an der Innsbrucker Klinik (Rille) von 1900—1902 behandelte Psoriatiker. Die Psoriasis erstreckte sich in allen Fällen fast über den ganzen Körper, zum Teil handelte es sich um stark infiltrierte Psoriasis. Die Wirkung war in allen Fällen eine überraschende. Die Behandlungsdauer betrug 10—63 Tage.
F. Weiler-Leipzig.

Zur Ätiologie der Psoriasis, von Bettmann-Heidelberg. (D. m. W., 1922, Nr. 23, S. 762—764.) Die bisherigen Nachforschungen ergaben, daß isolierte Fälle von Psoriasis seltener als solche sind, bei denen eine Vererbung festgestellt werden konnte. Mit der vererbten Potenz allein läßt sich die Entstehung der Psoriasis nicht erklären. Nimmt man für das Zustandekommen der Psoriasis eine eigenartige Konstitution der Haut an, so müßte sie durch ihre besondere Reaktionsfähigkeit erwiesen werden. Dazu bedarf es noch zuverlässiger und einfacher Prüfungsmethoden, die nicht nur zur Lösung der Psoriasisfrage, sondern auch zur Klärung der Organdisposition der Haut für eine Reihe anderer Krankheiten von Wichtigkeit wären. F. Harry-Berlin.

Bullöse Dermatosen.

Hydroa vacciniformis, von Hans Werbe. (Zahnärztliche Diss., Leipzig 1921, Hautklinik Rille.) Fall bei einem 16jähr. Zeichner, der 1909—1911 in der Leipziger Klinik beobachtet wurde. Kurz nach der ersten Impfung im dritten Jahr Ausschlag im ganzen Gesicht, der sich seitdem jedes Jahr, aber in immer geringerem Grade wiederholt. Vor drei und zwei Jahren Affektion an beiden Händen. Im Winter frei von Ausschlag. Allgemeinbefinden bei Auftreten von neuen Affektionen gestört (Hitze im Kopf, Kopfschmerzen, Schlaffheit). Stark juckende und brennende gerötete Bläschen, die sich

Digitized by Google

bläulich verfärben und in Krusten umwandeln, die später abfallen. Blasennachschübe oft an Stellen, wo eine Kruste abgefallen ist. An den Händen mehr ringförmige Blasen mit peripherem Wachstum. F. Weiler-Leipzig.

Die gegenwärtige Auffassung der Lehre vom Pemphigus acutus, von Emil Willecke. (Diss., Greifswald 1920.) Letal endigender Fall bei einer 40jähr. Kutscher-frau. Verf. nimmt an, daß von dem lebenden oder toten Tier auf den Menschen auf dem Wege über eine Hautwunde oder durch den Darm ein hochgestelltes Virus wahrscheinlich bakterieller Natur übertragen wird, welches das Krankheitsbild des Pemphigus acutus hervorruft. F. Weiler-Leipzig.

Bullöses Erythem (Erythema bullosum), von J. S. Eisenstaedt-Chicago. (J. Am. med. Ass., Bd. 78, Nr. 18. S. 1365—1367.) Verf. berichtet über fünf Fälle von Erythema bullosum, von denen drei ein sehr schweres Krankheitsbild boten. Alle genasen unter entsprechender Therapie mit Alkalien (Natr. bicarbon. und Natr. salicylic.). Ätiologisch kam in Betracht: in einem Falle eine kurz zuvor durchgemachte Quecksilberkur wegen Syphilis, in zwei Fällen eine ausgedehnte Alveolarpyorrhoe, in zwei weiteren kryptogene Entzündungen an den Tonsillen. F. Quasig-Hamburg.

Dermatitis herpetiformis bei Kindern (Dermatitis Herpetiformis in Children; Report of Two Cases), von Edward A. Oliver-Chicago u. Charles J. Eldridge-Kansas City. (J. Am. med. Ass., Bd. 78, Nr. 13, S. 945—946.) Bericht über zwei Fälle von Dermatitis herpetiformis, von denen der eine einen 18 Monate alten Knaben, der zweite ein 10jähr. Mädchen betraf. Der erste verdient besondere Beachtung wegen seines äußerst jugendlichen Alters, des weitausgedehnten Ausschlages sowie Rückgang der Erscheinungen auf Arsendarreichung. Nach Knowles unterscheidet sich die Erkrankung im Kindesalter von der im Jünglingsalter in vier Punkten. Der Juckreiz ist nicht so ausgeprägt, die Vielgestaltigkeit der Hauterscheinungen fehlt, seltene Gruppierung und Pigmentation als Folgezustand des Exanthems nur in einem Viertel der Fälle. Beide hier beschriebenen Fälle weichen aber darin ab, daß sie starken Juckreiz und ausgeprägte Gruppierung der Hauterscheinungen zeigten. F. Quasig-Hamburg.

Erysipel, Phlegmone usw.

Abortive Erysipelbehandlung, von Joh. Kumaris-Athen. (Zbl. f. Chir., 1922, Nr. 11, S. 368.) Verf. konnte fünf Fälle von traumatischem Erysipel der Glutäalgegend, des Oberschenkels, des Unterschenkels und des ganzen Beines durch Kauterisation, und zwar beginnend 1—2 cm außerhalb der Erysipelgrenzen, innerhalb allerkürzester Zeit zur Heilung bringen. Am nächsten Morgen schon war die Temperatur normal, die touchierte Hautfläche im ganzen blaß. Es war niemals nötig die Kauterisation zu wiederholen, die Pat. konnten, ohne selbst von den übrigen Kranken getrennt zu werden, ausheilen. Wichtig ist nur, daß, ohne größere Inseln stehen zu lassen, im Gesunden beginnend, die ganze Erysipelfläche sorgfältig kauterisiert wird.
A. Rosenburg-Berlin.

Schweinerotlaufübertragung durch Kadaververwertung, von Esau-Oschersleben-Bode. (D. m. W., 1922, Nr. 15, S. 489.) Bei einem Abdecker stellte sich nach Verletzung am Mittelfinger und Daumen eine knotige Infiltration und erysipelatöse Rötung nebst starken lokalen und Drüsenschmerzen am Arm ein. Am nächsten Tage stark gestörtes Allgemeinbefinden, starke Schmerzen in den befallenen Fingern, die hochrot verfärbt und stark geschwollen waren. Behandlung mit 2 ccm Prenzlauer-Serum subkutan und Ichthyolsalbe lokal. Zwei Tage später war Pat. wieder arbeitsfähig.
F. Harry-Berlin.

Sklerom, Orientbeule, Milzbrand usw.

Über die Behandlung des Milzbrandes (Sul trattamento della pustola maligna), von T. Biancheri. (Policlinico, 1922, Nr. 22.) Empfehlung der Serumbehandlung bei Milzbrand. Technik: Zunächst Injektion von 60 ccm des Serums (Bezugsquelle „Istituto Sieroterapico Milanese", Mailand), intramuskulär oder subkutan, laut Gebrauchsanweisung. Nach 1 und 2 Tagen Reinjektion von 20 ccm. Die Pustel wird mit Jodtinktur bestrichen. Nach 3 Tagen Fieberabfall, nach weiteren wenigen Tagen Stillstehen des die Pustel umgebenden Entzündungshofes, Euphorie, dann Verwandlung der Pustel in eine harte Kruste. Abkürzung der Rekonvaleszenz durch Exzision des ganzen Erkrankungsherdes; die Wunde pflegt per primam zu heilen. E. Freund-Triest.

Digitized by Google

Hautleishmaniose (Cutaneous Leishmaniasis), von BRAHMACHARI. (Indian med. Gaz., April 1922; ref. Brit. m. J., 10. Juni 1922, Anhang S. 89.) Bei vier Pat., die an Kala-Azar litten, entwickelten sich im Laufe von sechs Monaten bis zwei Jahren nach Beendigung der intravenösen Antimonbehandlung lepraähnliche Hauterscheinungen, die Kala-Azar-Parasiten enthielten. Dieses „Hautleishmanoid" wird nach MEGAWS Vorschlag besser als „BRAHMACHARIS Hautleishmaniose" bezeichnet. E. Sklarz-Berlin.

Belichtungs- und Ernährungsstörungen.

Über Behandlung und Verhütung der Pellagra durch eine tägliche Ergänzungsmahlzeit (Treatment and Prevention of Pellagra by a Daily Supplemental Meal), von G. A. WHEELER-Spartanburg. (J. Am. m. Ass., Bd. 78, Nr. 13, S. 955—957.) 54 mittelschwere Pellagrafälle wurden ambulant mit einer Ergänzungsmahlzeit behandelt, die vom Pellagrahospital in Spartanburg mittags verabreicht wurde und aus frischem Fleisch, Milch, Vegetabilien, Früchten, Brot und Butter bestand. Unter dieser Behandlung verschwanden nach wenigen Wochen die Haut- sowie subjektiven Erscheinungen, auch traten während der Behandlung Rückfälle nicht auf. Nach 5—8 Monaten nach der Entlassung aus der Behandlung traten bei sieben Kranken wieder Rückfälle auf, so daß Verf. die Behandlung nach 5 Monaten wieder für angezeigt hält. F. Quasig-Hamburg.

Endokrine Störungen.

Endokrine Drüsen, Zwergwuchs und Infantilismus (Glandes endocrines, nanisme et infantilisme), von LEREBOULLET. (Progr. méd., 1922, Nr. 20.) Die scharf voneinander zu trennenden Zustände sind wahrscheinlich regelmäßig auf Störungen in mehreren Organen zurückzuführen. E. Levin-Berlin.

Schilddrüseninsuffizienz und Sterilität (Insuffisance thyroidienne et stérilité), von H. VIGNES und L. CORNIL. (Progr. méd., 1922, Nr. 24.) Totale oder subtotale Ausschaltung der Gl. thyreoidea ist vergesellschaftet mit infantilem Habitus der Genitalorgane, Amenorrhoe, Sterilität; weniger ausgesprochene Insuffizienz zeigt Menorrhagien begleitet von Sterilität durch Unmöglichkeit der Haftung des Eies. In diesen Fällen gibt die Thyreoidinbehandlung glänzende Erfolge, wie eine einschlägige Beobachtung zeigt: vorher trotz Jodbehandlung Abort, bei erneuter Schwangerschaft Thyreoidinbehandlung, es tritt drohender Abort ein, der durch weitere Behandlung aufgehalten wird, so daß es zur normalen Beendigung der Schwangerschaft kommt. E. Levin-Berlin.

Der adiposo-genitale Symptomenkomplex bei Geschwülsten der Hypophysis (Le syndrome adiposo-génital dans les tumeurs de l'hypophyse), von LEREBOULLET. (Progr. méd., 1922, Nr. 5.) Der auch nach BABINSKI-FROELICH bezeichnete Symptomenkomplex beruht auf glandulären Störungen, er äußert sich in Fettleibigkeit und Muskelzunahme besonders am Rumpf und den Oberarmen, während die Unterarme und Beine im Gegensatz dazu wenig entwickelt sind. Verbunden damit ist eine Entwicklungshemmung der Genitalien mit oder ohne Zwergwuchs. Die Genitalien sind infantil, die sekundären Geschlechtsmerkmale bleiben aus. Von seiten des Gehirns zeigen sich außerdem örtliche, auf dem Hirndruck beruhende Erscheinungen. Besonders gegen letztere erwiesen sich Röntgen-Tiefenbestrahlungen wirksam; therapeutisch kommen ferner subkutane Einspritzungen von Hypophysenextrakt (besonders aus dem hinteren Hypophysenlappen) in Betracht. E. Levin-Berlin.

Ein Fall von Spätmyxödem, von HERBERT LEHMANN. (Diss., Leipzig 1919.) Etwa 30jähr. Frau. Massenhaft ausfallendes Haupthaar. Die Haargrenze rückt in der Schläfengegend weit in die Wange hinab. Starke Lanugoentwicklung zwischen den Schulterblättern und in der Kreuzbeingegend. F. Weiler-Leipzig.

Chronische Nebennierenninsuffizienz und Addisonsche Krankheit beim Kinde (L'insuffisance surrénale chronique et la maladie d'ADDISON chez l'enfant), von LEREBOULLET. (Progr. méd., 1922, Nr. 18.) Es gibt chronische Nebennierenläsionen, die den ADDISONschen Symptomenkomplex bewirken, in anderen Fällen können sie jedoch auf das Wachstum einwirken und Zwerg- oder Riesenbildung mit vorzeitiger Pupertät hervorrufen. E. Levin-Berlin.

Benigne Neubildungen und Mißbildungen.

Über gleichzeitige zerebrale, medulläre und periphere Neurofibromatosis, von KARL MOLTER. (Diss., Jena 1920.) Fall mit Sektionsbefund bei einem 25jähr. Hausdiener. F. Weiler-Leipzig.

Digitized by Google

Beitrag zur Kenntnis des „Neurinoma Verocay". Multiple Geschwülste am Rückenmark und an den peripheren Nerven, von ADOLF WALLNER-München-Schwabing. (Virch. Arch., Bd. 237, H. 3.) Verf. berichtet über einen typischen Fall mit multiplen Nervenknoten am Rückenmark (intradural) und an den peripheren Nerven. Die Nerventumoren sind aus neurogenem Gewebe aufgebaut. Da als Geschwulstbildner die SCHWANNschen Scheidenzellen (Nervenfaserzellen) in Betracht kommen, ist die Bezeichnung „Neurinom" berechtigt. Es ließen sich wirbel- und rosettenähnliche Gebilde beobachten, die mit den von FEIRFELD bei unausgereiften benignen Neuromen und multiplen Neurofibromen beschriebenen Bildern völlige Übereinstimmung zeigen, so daß ein genetischer Zusammenhang und fließender Übergang von den unausgereiften malignen Neuromen zu den Neurinomen sehr wahrscheinlich scheint. Die Kasuistik ergibt, daß die Neurofibromatose auf kongenitaler Grundlage beruht und als Mißbildung im weiteren Sinne des Wortes aufzufassen ist. G. Assmann-Kiel.

Der heutige Stand der Neurinomfrage, von RENÉ SOMMER, Chir. Kl. u. Pathol. Inst. Greifswald. (Bruns Beitr., 1922, Bd. 125, H. 3.) Dem Äußeren nach hat das Neurinom eine große Ähnlichkeit mit dem Fibrom. Mikroskopisch dagegen sind die Gewebsarten deutlich verschieden und charakteristisch. Nervenfasern und Ganglienzellen scheinen im Neurinom bald zugrunde zu gehen, eine Neubildung findet gewöhnlich nicht statt. Für die Entstehung ist eine in der frühesten Embryonalzeit für beide Gewebsarten gemeinsame Entwicklungsstufe anzunehmen. Als solche ist die Zeit der noch nicht differenzierten Neuro- und Spongioblasten anzunehmen. Die SCHWANNschen Kerne stellen die Matrix für das fibrilläre Gewebe dar, der gliaähnliche ist als echte Glia aufzufassen. Das Neurinom stellt eine Geschwulstform für sich dar, es steht im Gegensatz zur RECKLINGHAUSENschen Neurofibromatose. Neurinom, Neurofibrom, Gliom, Endotheliom und tuberöse Hirnsklerose sind einander gleichwertig und als verschiedene Äußerungen einer gleichen verschieden angreifenden Entwicklungsstörung anzusehen. Für letztere wird die Bezeichnung Anomalia vorgeschlagen. Klinisch ruft das Neurinom allgemeine Tumorsymptome hervor. Hirnbasis und Rückenmarkskanal stellen Prädilektionsorte für das Neurinom dar. Im allgemeinen tritt das Neurinom als Solitärtumor in jüngeren und mittleren Lebensjahren in Erscheinung. W. Chrzelitzer-Waldenburg (Schles.).

Regressive Störungen und Atrophien.

Bericht über einen Fall von Xanthoma diabeticorum (Xanthoma Diabeticorum: With Report of a Case), von D. MURRAY-Lyon. (Edinburgh J., April 1922.) Schwerer in Heilung übergegangener Diabetes mellitus bei einem 25jähr. Manne. Ausgesprochene Lipämie. Mit dem Schwinden des Diabetes flachten die Xanthome langsam ab und verloren ihre braune Farbe, blieben jedoch sichtbar und palpabel. E. Levin-Berlin.

Ein Beitrag zur Lehre der Sklerodermie im Anschluß an einen Fall von Sclerodermia annularis, von HEINRICH KOGEL. (Diss., Bonn 1918, Klinik HOFFMANN). Bei dem 12jähr. Pat. handelte es sich um eine annuläre Sklerodermie, die sich um den linken Unterschenkel handbreit oberhalb der Malleolen ringförmig erstreckte, lokal begrenzt blieb und im Verlauf eines Jahres zur Besserung gelangte. Differentialdiagnostisch kam eine gewöhnliche Narbe in Betracht. F. Weiler-Leipzig.

Nervenlähmung und Nervenreizung in ihrer Bedeutung für die Entstehung trophischer Gewebsveränderungen, von F. BRÜNING-Berlin. (Kl. W., 1922, Nr. 15, S. 729.) Im Gegensatz zu früheren Anschauungen, daß der Ausfall der Nervenfunktion allein eine Bedeutung für die Entstehung trophischer Veränderungen bei Nervenverletzungen und Nervenkrankheiten zukommt, weist Verf. an Hand der neurologischen Literatur nach, daß in der Pathogenese der trophischen Störungen die Nervenreizung eine weit größere Rolle als die Lähmung spielt. Dementsprechend ist auch das therapeutische Vorgehen völlig zu ändern, und es bieten sich neue und vielversprechende Wege für die Therapie auf dieser neuen Grundlage. E. Langer-Berlin.

Über Malum perforans buccale, von HANS MAY. (Zahnärztl. Diss., Leipzig 1921, Klinik RILLE.) 48 kasuistische Fälle. Man unterscheidet zwei Formen des „Mal perforant buccal". Bei der ersten handelt es sich nur um einen einfachen spontanen Zahnausfall mit nachfolgender Atrophie des Alveolarfortsatzes, bei der zweiten um einen spontanen Ausfall der Zähne, verbunden mit geringer oder erheblicher Nekrose der angrenzenden Kieferknochen, die zur Perforation führen kann. Die Ursache dieser trophischen Kiefererkrankung ist auf eine Beteiligung des Trigeminus an dem tabischen Prozeß zurückzuführen. F. Weiler-Leipzig.

Digitized by Google

Maligne Neubildungen.

Über doppelseitige maligne Mammatumoren, von Martin Silberberg. (Diss., Breslau 1920.) Es handelt sich bei sechs Erkrankten um Fälle primären doppelseitigen Mammakarzinoms, die zur Klärung der Frage der Multiplizität der Tumoren mit benutzt werden können. F. Weiler-Leipzig.

Über juveniles Rektumkarzinom, von Friedrich Siegert. (Diss., Breslau 1920.) 19jähr. Dienstmagd auf dem Lande. Der Mastdarmkrebs war durch umfangreiche Infiltration in das Gewebe der Umgebung nicht nur mit dem Kreuzbein verwachsen, sondern hatte auch durch Übergreifen auf die inneren Genitalorgane dort eine destruierende Wirkung ausgeübt, so daß bereits eine wesentliche Komplikation des Falles durch Bestehen einer Kommunikation zwischen Rektum und Vagina eingetreten war, abgesehen von der karzinomatösen Ausbreitung auf die Portio und besonders auf die linken Adnexe, die auch eine zeitweise Kompression der Urethra zur Folge hatte. Auffallend war, daß die Pat. erst 3 Monate vorher durch lokale Beschwerden auf ihre Erkrankung aufmerksam geworden war. F. Weiler-Leipzig.

Neue Gedanken zur Therapie des Karzinoms, von J. Wetterer-Mannheim. (D. m. W., 1922, Nr. 15, S. 480—481.) Mitteilung von guter Beeinflussung des Karzinoms in 3 Fällen durch Kombination von Reizbestrahlung und Injektionen von streng artgleichem Serum (Deszendentenserum). Der Hämoglobingehalt und die Zahl der Erythrozyten stieg beträchtlich an, die Tumoren wurden kleiner. Verf. schlägt weitere Versuche vor, einige Tage vor der Tiefenbestrahlung oder Operation eine Seruminjektion zu machen und sie wenige Tage nach der Bestrahlung bzw. Operation zu wiederholen und die Reizbestrahlung fortzulassen. F. Harry-Berlin.

Neue Gedanken zur Therapie des Karzinoms, von Jacob Wolff-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 21, S. 697.) Die neue Methode, die Wetterer in Nr. 15 zur Behandlung des Karzinoms vorgeschlagen hat, ist bereits in des Verf. Werk: „Die Lehre von der Krebskrankheit" besprochen. Dort sind auch alle anderen Autoren genannt, die sich mit derselben Behandlungsmethode beschäftigt haben. Die ersten Injektionen von Immunserum rufen stets eine auffallende Besserung der Krebsgeschwulst hervor, während spätere Injektionen versagen. F. Harry-Berlin.

Erwiderung auf den vorstehenden Artikel, von J. Wetterer-Mannheim. (D. m. W., 1922, Nr. 21, S. 697.) Verf. will seine Priorität gewahrt wissen, da er zuerst auf das jugendliche und streng artgleiche Serum und auf die Kombination der Serumbehandlung mit Röntgentherapie bzw. chirurgischen Eingriffen hingewiesen hat. Durch diese Methode wird die Krebsanämie bzw. Kachexie beseitigt. Ob auch eine Heilung des Krebses erreicht wird, müssen erst weitere Erfahrungen ergeben. F. Harry-Berlin.

Über eine präkanköse Affektion der Lippe (Sopra una lesione praecancrosa del labbro), von Giulio Anzilotti. (Riforma Med., 1922, Nr. 18.) Beschreibung einer eigentümlichen bis bohnengroßen, ausschließlich die Unterlippe betreffenden oberflächlichen Erosion mit verdünnter Epitheldecke bei Fehlen jeglicher leukoplakieartigen Veränderung oder Infiltrierung der Lippe. Diese Läsionen können lange Zeit bestehen, mäßig exulzerieren, ausheilen, aber auch in Karzinom degenerieren. Die histologische Beschreibung der zu Karzinom degenerierten Läsion zeigt ein vom gewöhnlichen Lippenkarzinom abweichendes Verhalten. In praktischer Hinsicht hält der Verf. die Exzision dieser Lippenaffektion zwecks Verhütung der Karzinom-Degeneration für indiziert. E. Freund-Triest.

Die Strahlenbehandlung des Krebses, von Otto Strauss. (D. m. W., 1922, Nr. 13, S. 416—418.) Die postoperative Bestrahlung wird fast überall ausgeübt, und zwar 2—6 Wochen nach der Operation. Uteruskarzinome sollen erst 8—12 Wochen nach der Operation bestrahlt werden. Verf. bespricht dann die Zusammenhänge zwischen endokrinen Organen und Karzinom und kommt zu dem Ergebnis, daß in den meisten Kliniken die Umstimmung des Organismus durch Bestrahlung endokriner Drüsen nicht ausgeübt wird, sondern daß durch örtliche Strahlenapplikation die Vernichtung des Karzinoms zu erreichen gesucht wird. Eine einheitliche Krebstheorie gibt es zur Zeit nicht. Die Uteruskarzinome nehmen eine Sonderstellung ein. Daraus erklären sich die Gegensätze in der Beurteilung des Wertes der Strahlentherapie zwischen Chirurgen und Gynäkologen. Jedes Karzinom besitzt eine andere Radiosensibilität. Eine graduelle Unterscheidung existiert noch nicht. Verf. glaubt, daß

Digitized by Google

die Karzinome entweder örtlich entstehen und lokalisiert bleiben oder sich auf der Grundlage konstitutioneller Faktoren entwickeln und dann generalisieren. Auf erstere ist die Strahlentherapie wirkungsvoll, auf letztere nicht. F. Harry-Berlin.

Zur Kenntnis der Lymphogranulomatose, von H. v. Hecker und W. Fischer-Bonn. (M. m. W., 1922, Nr. 15, S. 482—484 und Nr. 16, S. 520—521.) Beschreibung eines Falles von Lymphogranulomatose im Mediastinum, die auf die Interkostalmuskulatur, mesenteriale, retroperitoneale Lymphknoten, Pankreas, Leber, Darm und Gehirn übergriff. Zu Anfang ergab die histologische Untersuchung einer probeexzidierten Drüse aus der Axilla das Bild eines kleinzelligen Rundzellensarkoms. Erst die weitere Untersuchung einiger abdominaller Lymphknoten sicherte die Diagnose. Der Fall ist insofern bemerkenswert, als das Befallensein des Pankreas ungewöhnlich ist und ein anämischer Infarkt in der Milz bisher noch nicht berichtet wurde. Auch der Sitz der Granulomherde im Gehirn ist bisher kaum beobachtet worden. Es folgt dann die Mitteilung eines zweiten Falles von Lymphogranulomatose der zervikalen, axillaren, mediastinalen, tracheobronchialen, retroperitonealen Lymphknoten mit Übergreifen auf Pleura, Lungen, Muskulatur, Periost, zahlreicher Knochen, Milz und Perikard. Hier konnte erst durch die pathologisch-anatomische Untersuchung die Diagnose gestellt werden.

F. Harry-Berlin.

Mycosis fungoides und Noma, zwei seltenere Krankheitsbilder, von Rösing und Schulte-Recklinghausen. (D. m. W., 1922, Nr. 17, S. 555—556.) Mitteilung der Krankengeschichte und des Sektionsprotokolls eines Falles von Mycosis fungoides und der Krankengeschichte eines Falles von Noma mit letalem Ausgang.

F. Harry-Berlin.

Krankheiten des Mundes.

Einige Hauterkrankungen, verursacht durch eitrige Zahnfleischaffektionen (Some Cutaneous Effects of Dental Sepsis), von Henry C. Semon. (Lanc., Nr. 5149, S. 889.) Verf. berichtet 5 Fälle von Furunkulose, Urtikaria und Erythema exsudativum multiforme, bei denen eine eitrige Zahnwurzelaffektion bestand und bei denen nach deren Beseitigung prompt Heilung eintrat. Er folgert daraus, daß in gewissen Fällen eitrige Zahnwurzelaffektionen, besonders solche, in denen Streptococcus viridans und haemolyticus gefunden werden, die Ursache dieser Hautkrankheiten sein können.

R. Erichson-Kiel.

Herdinfektion in Beziehung zur Ätiologie der Hautkrankheiten (Focal Infection in Relation to the Etiology of Skin-Diseases), von H. Leslie-Roberts. (Brit. m. J., 18. II. 1922.) Verf. setzt die Tonsillen und die Appendix in Parallele, in beiden fände sich, abgesehen von anderen Bakterien, stets die Endamoeba coli. Die von den Bakterien aus der Nahrung freigemachten und abgebauten Eiweißstoffe wirkten toxisch und haben nach Ansicht des Autors neben lokalen entzündlichen Wirkungen durch Sensibilisierung von Zellen der Haut hier bestimmte Krankheitsbilder zur Folge, z. B. Alopecia areata, Erythema nodosum, Lupus erythematosus, Lichen ruber planus, Prurigo und andere. Die Therapie bestünde in Tonsillektomie. E. Sklarz-Berlin.

Streptokokkenangina (Streptococcal Sore Throat), von A. Macbeth Elliot. (Brit. m. J., 13. V. 1922, S. 760.) Kurzer Bericht über 7 Fälle von Angina, die klinisch den Eindruck einer Diphtherie machten, während die bakteriologische Untersuchung bei allen Kranken Streptokokken, bei zweien auch Pseudodiphtheriebazillen, jedoch keine echten Diphtheriebazillen ergab. E. Sklarz-Berlin.

Haare und Nägel.

Über das Vorkommen von Haaren an überzähligen Brustwarzen, von Yrjö Kajava. (Anat. Anz., Bd. 55, Nr. 14, S. 323.) Verf. fand unter 345 Hyperthelie fällen in 13% bei der Hyperthelia completa und in 10% bei der Hyperthelia mamillaris Haare an der Mamille, und zwar an ein und derselben Mamille meistens nur ein Haar, oder selten drei oder mehr. Sie liegen meist im peripheren Teil der Mamille, sind der Längsachse der Mamille parallel und kommen an der Warzenkuppe zum Vorschein. Mikroskopisch lassen die Haare normalen Bau erkennen, nur bildet in einigen Fällen der Haarbalg nicht eine nach außen gleichmäßig abgegrenzte zylindrische Röhre, sondern sendet besonders im tiefsten Teile kurze, zapfenförmige Ausläufer ins umgebende Bindegewebe. Da bewiesen ist, daß Haaranlagen auch während der Entwicklung der normalen Brustwarze vorkommen, hier aber bei normaler Entwicklung der Milchdrüse

Digitized by Google

und ihrer Warze verschwinden, so glaubt Verf., daß sie bestehen bleiben können, wenn jene Entwicklung eine rudimentäre ist wie bei den überzähligen Brustwarzen. Er sieht hier in einem atavistischen Gebilde einen noch älteren Atavismus.

G. Assmann-Kiel.

Vorläufiger Bericht über die Folliculitis decalvans und ihren ätiologischen Faktor (Preliminary Report on Folliculitis Decalvans and its Etiological Factor), von A. Ravogli-Cincinnati. (The Cincinnati Journ. of Med., Okt. 1920). Der Verf. hat in 15 Fällen von Folliculitis decalvans eine kleine, punktförmige Larve mit Klauen und kurzem Rüssel gefunden, die subjektiv Jucken, objektiv das Entstehen einer kleinen Papel, Seborrhoe und Splitterung des Haares verursachen soll. Die Behandlung besteht demgemäß in antiparasitären Mitteln: Schwefel und Sublimat (1—2 % in Alkohol und Äther) und Epilation der erkrankten Haare oder 2 % Karbolsäurelösung nach Waschung mit grüner Seife, für die Augenlider und Nasenlöcher 2 %ige gelbe Quecksilbersalbe. Die Affektion sei ansteckend.

E. Sklarz-Berlin.

Hat sich die Humagsolan-Therapie bei Alopezie bewährt und eventuell bei welchen Formen? (Kl. Wschr., 1922, Nr. 13, S. 663, Fragen und Auskünfte, von Pinkus.) Die Frage nach der haarwuchsstärkenden Wirkung wird dahin beantwortet, daß es den normalen Haarwuchs nicht verstärkt. Die Beeinflussung des Haarausfalls ist schwer zu entscheiden, da bei den in Betracht kommenden Erkrankungsfällen 75 % nach mehr oder weniger langer Zeit von selbst abheilen, während ein Urteil über die übrigbleibenden 25 % Erkrankungsformen und ihre Beeinflussung durch Humagsolan nur sehr schwer sich gewinnen läßt.

E. Langer-Berlin.

Trichotillomanie auf Grund von Fadenwürmererkrankung (Trichotillomanie Due to Threadworms), von Henry C. Semon. (Brit. m. J., 1922, Nr. 3199, S. 641). Die erstmalig von Hallopeau (1889) beschriebene krankhafte Autoepilation findet sich vor allem bei psychisch alterierten Personen (Epilepsie, Paralyse, Imbezillität) als Folge eines Pruritus. Daß ein solcher durch Helminthiasis verursacht werden kann, ist bekannt. Der Verf. beschreibt den Fall eines 6jähr. Kindes, das sich seit seinem zweiten Lebensjahr die Haare über der linken Stirnhälfte auszuziehen pflegte. Psychisch sonst normal, litt es an wechselndem Appetit. Im Stuhl wurden Oxyuren festgestellt. Während vorher jede gegen die Trichotillomanie gerichtete Therapie nutzlos gewesen war, verschwand diese binnen kurzem auf eine gründliche Wurmkur hin.

E. Sklarz-Berlin.

Über subunguale Exostosen, von F. W. Schütz. (Diss., Greifswald 1920.) 4 Fälle bei jungen weiblichen Personen, welche alle die große Zehe betrafen. Ätiologisch kommt das Tragen engen Schuhwerkes in Betracht.

F. Weiler-Leipzig.

Dermatomykosen.

Primäre Hautaktinomykose (Primary Actinomycosis of the Skin), von M. J. Baskin-Alliance, Neb. (J. Am. m. Ass., Bd. 78, Nr. 18, S. 1367—1368.) Der Artikel enthält die Beschreibung eines seltenen Falles von primärer Hautaktinomykose an der linken Hand eines 35jähr. Farmers. Der Fall wurde durch Inzision und Auskratzen der erkrankten Stellen mit nachfolgenden Verbänden mit Dakinscher Lösung zur Ausheilung gebracht. Die Abheilung erfolgte in zwei Wochen. Nach seinen Erfahrungen hat der Verfasser mit der Dakinschen Lösung stets gute Erfolge bei Aktinomykose gehabt.

F. Quasig-Hamburg.

Aktinomykose des Ganglion semilunare und aktinomykotische eitrige Leptomeningitis, von H. Stahr-Danzig. (D. m. W., 1922, Nr. 18, S. 586—587.) Mitteilung der Krankengeschichte und des Sektionsprotokolls eines Falles von Aktinomykose des Ganglion semilunare. Außerdem bestand eine aktinomykotische eitrige Leptomeningitis. Eintrittsstelle war der harte Gaumen. Von dort Fortleitung durch die Tube zur Paukenhöhle und durch die Knochenkanäle des Felsenbeins zum Ganglion.

F. Harry-Berlin.

Die Behandlung der Aktinomykose mit Kupfersulfat auf Grund einer 19jähr. Erfahrung, von Roman v. Baracz (Baroncz)-Lemberg. (Zbl. f. Chir., 1922, Nr. 18, S. 634.) Kupfersulfat tötet beim Beizen des Getreides die Pilzsporen. Verf. versuchte, ob dieses Kupfersulfat nun auch die Strahlenpilze selbst tötet: auf Nährböden, die in fallender Konzentration mit Kupfersulfat beschickt worden waren, und zwar $^1/_8$—4 %, wurde nun Aktinomykosen übertragen, und man sah, daß bei $^1/_8$ % eine

Digitized by Google

deutliche Hemmung, bei $^1/_4$—$^1/_2$% aber schon keinerlei Wachstum mehr auftrat. Verf. hat nun in die Infiltrate Kupfersulfat, erst in 3%iger, dann in 2%iger und zuletzt in meist 1%iger Lösung, injiziert. Unter zuerst brennenden Schmerzen gehen die Infiltrate bald zurück, oft müssen die Injektionen wiederholt werden. Größere Erweichungsherde werden eröffnet und mit in Kupfersulfatlösung getauchte Gazetampons tamponiert. Bei Fall von Aktinomykose des Unterlappens der Lunge wurden intrapulmonal 5mal 5 ccm einer 1%igen Kupfersulfatlösung eingespritzt. Pat. ist gebessert, fieberfrei. Zwei sehr schwere Fälle von Bauchaktinomykose endeten letal. Bei Halsaktinomykose darf man die Infiltrate nicht zu groß machen, damit bei doch meist auftretender Schwellung der Umgebung keine Atem- oder Schluckbeschwerden auftreten. Von den 36 beobachteten Aktinomykosen waren 30 am Kopf oder Hals. Verf. schlägt vor, bei schwereren Fällen gleichzeitig nach Bevan auch Kupfersulfat per os zu geben. Auch von der intravenösen Anwendung, die er erst kürzlich versuchte, verspricht er sich weitere Fortschritte. A. Rosenburg-Berlin.

Madurafuß, besser Mycetoma genannt (Madura Foot, More Properly Called Mycetoma), von Gustav A. Pagenstecher-San Antonio, Texas. (J. Am. m. Ass., Bd. 78, Nr. 18, S. 1363—1365.) F. Quasig-Hamburg.

Ein Fall von Sporotrichosis in Connecticut (A Case of Sporotrichosis in Connecticut, von Charles T. Nellans-New Haven, Connecticut. (J. Am. m. Ass., Bd. 78, Nr. 11, S. 802—803.) Die Sporotrichose wird vornehmlich im Westen und Nordwesten der Vereinigten Staaten von Nordamerika sowie in den Tälern des Mississippi und Missouri beobachtet. Der Fall in Connecticut, einem Landstrich an der Ostküste, stellt ein seltenes Vorkommen dar. F. Quasig-Hamburg.

Über familiäres Auftreten von Pilzerkrankungen der Haare, Haut und Nägel bei einer aus Polen eingewanderten Familie, verursacht durch Trichophyton violaceum, von Moritz Ganzoni, Dermat. Kl. Zürich. (Schweiz. m. W., 1921, Nr. 31.) Die Pilzerkrankung befiel drei Familienglieder in sehr verschiedener Weise, so daß es anfangs schwer fiel, die differenten Erscheinungen, wie Onychomykose, Teigne tondante trichophytique, Exanthem, als von einer Ursache hervorgerufen zu erkennen. Als Erreger erwies sich mikroskopisch und kulturell Trichophyton violaceum, dem nach Sabouraud in besonderem Maße die Bildung polymorpher Krankheitsbilder zukommt. Therapeutisch wandte Verf. Epilation durch Röntgenstrahlen und Bestreichung der befallenen Stellen durch milde antiparasitäre Mittel an.
F. Kapferer-Heidelberg.

Die endovenöse Behandlung der Trichophytie mit der Lugolschen Lösung. (Il trattamento endovenoso col liquido di Lugol nella tricofizia), von C. Madrerna. (Riforma med., 1922, Nr. 27.) Mitteilung über 11 verschiedenen Formen der Trichophytie angehörende Fälle, welche nach der Methode von Ravaut mit endovenösen Injektionen von Sol. Lugol (Jodi 1, Kal. jod. 2, H_2O 300) ohne jegliche sonstige Therapie behandelt wurden. Technik: Ansteigend von 1—5 g in 10 Aqua gelöst, alle 2—3 Tage. Verlauf reaktionslos. Es wurde mit Ausnahme von zwei Fällen, welche refraktär blieben, radikale Heilung in 15—18 Tagen, wenn die Fälle noch frühzeitig zur Behandlung gelangten, erzielt, in 18—24 Tagen bei verschleppten Fällen. E. Freund-Triest.

Beitrag zur Frage der Trichophytide (Ein Fall eines wahrscheinlich nicht auf hämatogenem Wege verbreiteten Trichophytids), von Hermann Ress. (Diss., Marburg 1920.) 16jähr. Mädchen. Der Fall bietet das Bild eines papulo-pustulösen und lichenoiden Trichophytids. Abweichend von dem gewöhnlichen Bilde ist der Pilzbefund und der Ausbruch der Eruption bei oberflächlicher Trichophytie.
F. Weiler-Leipzig.

Hautfistel der Wange, von einem Zahn herrührend, bei einem Kranken mit Trichophytie (Fistule cutanée de la joue d'origine dentaire chez un malade porteur d'une trichophytie cutanée), von J. Nicolas, Pont und Gaté. (Soc. med. des Hôp. de Lyon. Sitzung vom 10. Januar 1921. — Lyon Méd., 1922, Nr. 7.) Es handelt sich um zwei Herde auf der Haut, deren einer differentialdiagnostisch von Sporotrichosis abzugrenzen war. Eine neben der Nase befindliche, zunächst geschlossene Fistel bereitete der Diagnose Schwierigkeiten. Trichophytie als Ursache von Knochenläsionen ist nicht bekannt, Sporotrichose war vorher abgelehnt worden, für Syphilis keine sonstigen Anzeichen. Durch spontane Wiedereröffnung der Fistel zeigte sich, daß dieselbe doch mit einem kranken Zahn in Verbindung stand. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Tierische Parasiten und Fremdkörper.

Ausgedehnte menschliche Infektion durch Sarkoptesräude des Pferdes (Observations on an Extensive Human Infektion by Sarkoptic Mange of the Horse), von R. A. S. Macdonald-London. (Lancet, Nr. 5146.) Bei einer Reihe von Tierarzneistudenten traten nach Sektion eines sarkoptesräudekranken Pferdes Jucken und kleinpapulöse Effloreszenzen an Handgelenken und Unterarmen auf. Auf heiße Bäder und Schwefelsalben ging die Affektion zurück, nur in einigen Fällen schloß sich eine Dermatitis an. Mikroskopisch fanden sich in der Haut des Pferdes zahllose Sarcoptes scabiei. R. Erichson-Kiel.

Zur Anatomie von Phthirius inguinalis, von Willy Burkhard. (Diss., Leipzig 1920, Klinik Rille.) Leibesform, Verdauungsapparat, Geschlechtsapparat, Muskelsystem, Nervensystem und Integument sind ausführlich beschrieben. F. Weiler-Leipzig.

Gallensaures Salz als Grundlage für ein Läusemittel (Bile Salt as a Vehicle for a Pediculicide), von B. A. Peters. (Brit. m. J., 18. II. 1922.) Verf. empfiehlt als wirksam gegen Kopfläuse und ihre Nisse die Behandlung mit folgender Mischung: Natrii taurocholici 10,0, Ol. eucalypt. 50,0, Aq. ad 1000,0. S.: Das Salz vollständig im Wasser lösen, das Öl hinzufügen und gut umzuschütteln. — Kopfhaut und Haar sind gut einzureiben und dann über Nacht mit einer Badekappe zu bedecken. Bisweilen ist das Verfahren zu wiederholen. Keinerlei schädliche Nebenwirkungen. Vielleicht wird man das Eukalyptusöl noch durch ein den Läusen und Nissen schädlicheres Mittel ersetzen können. Die taurocholsauren Salze erleichtern durch Verringerung der Oberflächenspannung das Eindringen des Öls in die Läuse und Nisse. E. Sklarz-Berlin.

Akute exanthematische Infektionskrankheiten.

Die Basler Pockenepidemie von 1921 unter besonderer Berücksichtigung der Verbreitung der Pocken durch Fliegen, von Hans Hunziger und H. Reese, Gesundheitsamt Basel-Stadt. (Schweiz. m. W., 1922, Nr. 20.) Der erste Fall konnte mit Sicherheit festgestellt werden, er verlief leicht und wurde als Varizellen diagnostiziert, was zur Vorsicht bei dieser Diagnose bei Erwachsenen mahnt. Die Erkrankung war von Frankfurt a. M. eingeschleppt worden. Bei der weiteren Ausbreitung der Epidemie war der Schutz einer kurz zuvor stattgehabten Impfung unverkennbar. Von einer Reihe später erkrankter Personen konnte ein direkter oder indirekter Zusammenhang mit vorher erkrankten nicht nachgewiesen werden; hier erscheint eine Übertragung durch Fliegen am wahrscheinlichsten, womit auch übereinstimmt, daß die Hauptausbreitung dieser Fälle in den heißen Julitagen, gleichzeitig mit starker Vermehrung der Fliegen stattfand. Der Versuch, experimentell Übertragungen durch mit Pockenkranken in Berührung gekommene Fliegen zu erzeugen, gab kein positives Resultat. Jedenfalls müssen Pockenisolierspitäler Fliegenfenster haben; sie sollen möglichst weit von menschlichen Wohnungen entfernt und mit einer Schutzzone umgeben sein. Bei der direkten Ansteckung von Person zu Person scheint die Tröpfcheninfektion eine Rolle zu spielen. Kontrollimpfungen können auch bei Infizierten angehen. E. Levin-Berlin.

Zur Klinik des Fleckfiebers. Chirurgische Fleckfieberkomplikationen, von R. Herzenberg-Moskau. (Arch. f. kl. Chir., 1922, Bd. 119, S. 347.) In einer ausführlichen Arbeit unter Beifügung zahlreicher, guter, auch bunter Abbildungen, beschäftigt sich Verf. mit dem obigen, auch das Gebiet der Dermatologie vielfach berührenden Thema. Aus der sehr empfehlenswerten Arbeit sei nur das Wesentlichste hier angeführt: Die Komplikationen beruhen hauptsächlich auf einer Schädigung und spezifischen Veränderung des peripheren Gefäßsystems, verursacht durch eine Erkrankung des sympathischen Systems und der Medulla oblongata unter dem Einfluß des Fleckfiebervirus. Die Komplikationen befallen der Häufigkeit nach Nase und Ohren, Atmungsorgane, Knochen und Gelenke, Urogenitalsystem, Verdauungssystem, Lymphsystem, Gefäßsystem, Haut. Letztere als der häufigste Komplikationserkrankungsort wird in ca. $^1/_5$ aller Komplikationsfälle betroffen. Die hier in Erscheinung tretenden Symptome sind Petechien, Hämatome, traumatische Abszesse, Hautgangrän — besonders typisch im Steißbeingebiet —, Gangrän ähnlich der Raynaudschen Krankheit, Gangrän der unteren Extremität analog den Erfrierungen, Abszesse an Stelle früherer Injektionen, Haarausfall und Nagelerkrankungen. Aus den übrigen Kapiteln seien als besonders den Der-

Digitized by Google

matologen interessierende Veränderungen hervorgehoben: Gangrän der Zungenspitze, Magen- und Darmblutungen, Gangrän der Hämorrhoidalknoten, Gangrän der äußeren weiblichen und männlichen Genitalorgane, Orchitis und Epididymitis. Häufig sind Arthritiden, meistens als Monoarthritis. Man kann unter den Komplikationen Früh- und Spätkomplikationen innerhalb der 3.—7. Krankheitswoche unterscheiden. Am häufigsten sind Patienten im Alter zwischen 25—45 Jahren von Komplikationen betroffen, Kinder sind gewissermaßen gegen Komplikationen geschützt, Patienten in höherem Lebensalter gehen meist vor dem Zeitpunkt des Eintretens von Komplikationen zugrunde. Das vom Verf. bearbeitete Material bezieht sich auf 224 Komplikationsfälle.

E. Langer-Berlin.

Scharlach im Puerperium: Eine Anstaltsepidemie (Scarlet Fever in the Puerperium: An Institutional Outbreak), von E. Thorp. (Lancet, Nr. 5154, S. 1170.) Kurze Mitteilung einer Epidemie in einer Entbindungsanstalt, bei der Mütter und Neugeborene zugleich an Scharlach erkrankten. R. Erichson-Kiel.

Untersuchungen über Scharlach. Experimentelle Erzeugung von Leukozyteneinschlüssen, von R. Höppli, Pathol. Inst., Kiel. (Zbl. f. Bakt., 1921, Bd. 87, H. 3, S. 228—238.) Verf. konnte die Befunde Mallorys hinsichtlich der Einschlüsse in der Haut von Scharlachleichen an Material von einem 6 Stunden post mortem sezierten sicheren Scharlachfall bestätigen. Versuche mittels verschiedenen Fixierungs- und Färbemethoden sicher körperfremde Einschlüsse vom Charakter der „Elementarkörperchen" festzustellen, erbrachten ein negatives Resultat. Übertragungsversuche des Scharlachs auf Tiere erzeugten kein dem menschlichen Scharlach ähnliches Bild. Bei der mit Scharlachzungenbelag intraperitoneal infizierten Katze fanden sich in und zwischen den Retikuloendothelzellen der Leber kleinste Körnchen vom Charakter der Elementarkörperchen. Verf. konnte die Dohrnschen Leukozyteneinschlüsse, auch gewundene Formen, experimentell bei jungen Katzen durch Infektion der Tiere mit Scharlachmaterial, Streptokokken und Meningokokken erzeugen. Auch mit Diphtherietoxin und Alttuberkulin Stammlösung gelang das Experiment. Verf. hält die Leukozyteneinschlüsse für Verklumpungen des Zellprotoplasmas, hervorgerufen durch Toxine, vornehmlich solche bakteriellen Ursprungs. Er bekennt sich als Gegner der nukleolären Genese der Einschlußkörperchen auf Grund der tinktoriellen Eigentümlichkeit dieser Gebilde. G. Kapferer-Heidelberg.

Desquamationsprozeß in den Harnwegen bei Scharlach, von M. Gonnella-Köln. (D. m. W., 1922, Nr. 13, S. 426.) Es wurden die Urine von 16 scharlachkranken Kindern vom Exanthemstadium an bis zum Ende der 5. oder 6. Woche untersucht. In allen Fällen wurde eine deutliche Zunahme der Menge der Epithelien festgestellt.

F. Harry-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Die neue dermatologische Abteilung des Städtischen Krankenhauses in Mannheim (Chefarzt Dr. H. Loeb) besteht außer aus Laboratorien, Operations- und Lichtbehandlungssaal aus zwei dreigeschossigen Gebäuden, davon das eine für Hautkranke (42 Männer, 44 Frauen), das andere für 82 weibliche Geschlechtskranke bestimmt ist, welch letztere nach Stockwerken in erstmals, wiederholt eingelieferte und kontrollierte getrennt sind.

Prof. Domenico Barduzzi, Direktor der dermatologischen Klinik in Siena und Prof. Arnozan, Direktor der medizinischen Klinik in Bordeaux, sind nach erreichter Altersgrenze vom Lehramte zurückgetreten und bei diesem Anlasse Gegenstand mannigfacher Ehrungen gewesen.

Gestorben: Prof. Léon Perrin, Vorstand der dermatologischen Klinik an der École de Médecine in Marseille. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

30. September 1922 | Nr. 39 | Band 75

Aus der Hautabteilung des Katharinenhospitals in Stuttgart.

Über Hautreize und deren Verwendung[1]).

Von

Dr. Fr. Hammer.

Die Haut ist in erster Linie das Organ, welches Außenreize aufzunehmen, zu verarbeiten oder weiterzugeben hat. Und hauptsächlich mit dieser Eigenschaft, die bei den Erkrankungen der Haut meist noch gesteigert ist, haben wir bei der Behandlung zu rechnen.

Es ist deshalb einigermaßen verwunderlich, daß die Hautreize umfassend von dermatologischer Seite noch gar keine Bearbeitung erfahren haben. Nur über einzelne Fragen sind Untersuchungen angestellt worden, aber auch im Verhältnis zur Bedeutung des Gegenstandes recht vereinzelt. In den Lehrbüchern findet man gar nichts darüber. Im Mraček nicht eine Andeutung, und Jesionek hat die Fragen nur bezüglich des Einflusses des Lichtes auf die Haut behandelt.

Erst auf dem Umweg über innere Sekretion und der aus der spezifischen Therapie hervorgegangenen Behandlung mit sogenannten „Reizstoffen" hat man die Reizbarkeit der Haut einigermaßen in Angriff genommen. Ich weiß nicht, warum man jetzt gerade auf die „innere Sekretion" der Haut einen besonderen Wert legt. Jedes Organ, vor allem z. B. die Muskulatur, aber auch das Nervensystem usw. wird, wenn es durch günstige Einwirkungen auf die Höhe seiner Leistung gebracht wird, auf Organe, mit denen es in Geschäftsverbindung steht, und das ist ja mehr oder weniger der ganze Körper, einen wohltätigen Einfluß ausüben und umgekehrt. Bei der Haut aber ist es besonders deutlich, daß hier in erster Linie neben der Zelltätigkeit und der inneren Sekretion Nerven und Blutgefäße in Betracht kommen bezüglich der Steigerung ihrer Lebenstätigkeit.

Nächst Bier, dem selbständigen Forscher und Denker, der ausgetretene Pfade verschmäht und dem wir in allererster Linie befruchtende Gedanken über die Wirkung der Reize auf den Körper verdanken, ist es hauptsächlich die durch die Dermatoskopie in Aufnahme gekommene Betrachtung der kleinsten Hautgefäße, die uns Ausblicke auf eine fruchtbare Erforschung des Gebietes der Hautreize und ihrer Wirkungen eröffnet. Unna nicht zu vergessen, der schon vor Jahrzehnten uns einen Einblick in das physiologische Geschehen in der Haut bei Entzündungsvorgängen auf Grund anatomischer Forschungen gegeben hat.

[1]) Vorgetragen bei der Versammlung südwestdeutscher Dermatologen am 27. Mai in Stuttgart.

Digitized by Google

Diese Erwägungen haben mich bestimmt, der Frage der Hautreizbarkeit und ihrer Verwertung einige Gedanken zu widmen. Ganz besonders waren es dann noch die überraschenden Mitteilungen von Bloch über die Erzeugung von Karzinomen bei Mäusen durch fortgesetzte Teerpinselungen gelegentlich unserer letzten Zusammenkunft in Frankfurt, die es mir zweckmäßig erscheinen ließen, Ihnen einen Bericht über die Frage zu erstatten. Ich muß nun gleich bemerken, daß ich mich nicht befähigt fühle, Ihnen einen planmäßigen und guten Überblick über die Hautreize zu geben. Es ist das ein Abschnitt, der fast in alle Gebiete der Hautphysiologie und Hautpathologie eingreift. Bezüglich allgemeiner Betrachtungen über Reize verweise ich auf die anregenden Ausführungen von Bier (M. m. W., 1921, 68. Jahrg., Nr. 46 und 47). Bier ging von dem Arndt-Schulzschen Gesetz der verschiedenen Wirkung der Reize je nach ihrer Abstufung aus und steht ganz auf dem Virchowschen Standpunkt, der für die Regelung der Lebenstätigkeit der Zellen dreierlei Reize aufstellt: 1. den funktionellen Reiz, dessen Wirkung sich in Kontraktion, Innervation, Sekretion äußert, 2. den formativen Reiz, der zur Neubildung von Zellen führt, und 3. den nutritiven Reiz, auf Grund dessen die Ernährung der Zelle zustande kommt. In Wirklichkeit geht die Wirkung dieser Reize so ineinander, daß viele Pathologen nur den funktionellen Reiz gelten lassen. Und auch ich glaube verständlich genug zu sein, wenn ich von Reizen im allgemeinen rede.

Der mechanische Reiz. Die neuere Immunitätsforschung zeigt sich mehr und mehr geneigt, die grundlegenden Vorgänge in die Tätigkeit der Gewebszellen zu legen. Nach der Entwicklung, die die physikalische Chemie genommen hat, müssen wir uns daran gewöhnen, auch den Betrachtungen der Lebensvorgänge physikalische Begriffe unterzulegen. Diesen Satz hatte ich schon geschrieben, als ich auf eine Arbeit von Keller (Naturw. W., 1921, Bd. 20, S. 665) aufmerksam wurde. Er schreibt: Das Coulombsche Gesetz von der elektrostatischen Anziehung und Abstoßung nach dem umgekehrten Quadrat der Entfernung bildet einen Hauptfaktor der Protoplasmabewegung. Bei der Pflanze wirkt die stark positive Narbe anziehend auf den negativen Pollen. Hauptergebnis der Betrachtungen Kellers: Die Protoplasmabewegungen sind nicht chemisch-konstitutiv zu denken, sondern die elektrostatische Oberflächenladung der Korpuskeln bringt die entscheidende Wirkung hervor. Als mir zum erstenmal das Bohrsche Atommodell vor Augen trat, kam mir der Gedanke: hier ist ja die Brücke vom Anorganischen zum Organischen: Gesetzmäßige Bewegungsvorgänge in den kleinsten Einheiten hier wie dort.

Die Haut ist in erster Linie ein Schutzorgan, welches das Eindringen schädlicher Reize in den Körper verhüten soll. — Dem kurz einwirkenden mechanischen Reiz setzt die Haut einen beträchlichen federnden Widerstand entgegen, wenn die Einwirkung nicht gerade mit Spitze oder Schärfe erfolgt. — Eine Mittelstufe zu der eigentlichen Zerstörung von Hautgewebe bildet dann noch die seröse Exsudation als Blasenbildung. — Der mit der Reizwirkung verbundene Schmerz darf wohl als Warner aufgefaßt werden, die schädlichen Verrichtungen aufzugeben.

Wie wir beim Dermographismus sehen werden, ist schmerzhafter Hautreiz sofort mit reflektorisch verstärkter Blutzufuhr verbunden, die,

Digitized by Google

wenn die schädigende Ursache trotzdem weiterwirkt, zur Blasenbildung oder Entzündung führt und während der Abheilung eine Epithelverdickung, also besseren Schutz gegen die nächstmalige Einwirkung der Schädlichkeit erzeugt. Viel besser noch kommt allerdings diese Schwielenbildung bei mäßiger aber längere Zeit fortgesetzter Reizung der Haut zustande. Die Haut ist also imstande, ihre Schutzwirkung zu vergrößern dadurch, daß Reiz vermehrte Blutzufuhr, also bessere Ernährung des Deckepithels und damit Verstärkung und Vermehrung der Schutzzellen bewirkt. — Die Empfindlichkeit der Haut gegen mechanische Reizung ohne entsprechend erworbene Gewöhnung kommt beim Barfußgehen sehr lebhaft zum Bewußtsein. Es ist nicht ohne Wert festzustellen, daß der Grad der Unempfindlichkeit demjenigen der vorhandenen Gewöhnung genau entspricht. Wenn auch jemand schon eine gewisse Abhärtung erzielt hat, so hält diese doch nur eine bestimmte, je nach Beschaffenheit des Bodens verschieden lange Zeit an. Nach dieser zeigt die Haut eine ganz deutlich ausgesprochene Ermüdung und schmerzhaft gesteigerte Empfindlichkeit, und der Betreffende, der meint, seine Fußsohlen schon abgehärtet zu haben, kann dann für einige Zeit sehr viel schlechter barfuß gehen. Die dergestalt übermüdeten Fußsohlen sind dann auch in einem Zustande besonderer Entzündungsbereitschaft. Beim Anstoßen bilden sich dann leicht Blasen. Man kann auch beobachten, wie der Zustand sehr schnell auf den ganzen Körper ermüdend und lähmend wirkt. — Es ist übrigens gar nicht nur das Wenigerempfindlichwerden und Sichverdicken der Fußsohlen, das zum Barfußgehen befähigt, sondern auch die Art des Auftretens. Auf Stiefelsohlen tritt man fest, mit unbekleideten Füßen tastend auf, immer bereit wieder zurückzuziehen, ähnlich wie beim Einstechen der Hohlnadel in die Vene. Wer Barfußgehen gelernt hat, wird sich selten verletzen. Die Angewöhnung dauert aber lange und verlangt manche Selbstüberwindung, sonst würden sich wohl mehr Leute den großen Genuß verschaffen. Festzustellen ist, daß stärkere Grade von Schwielenbildung meist mit Stauungshyperämie ursächlich verbunden sind. Gerade Leute, die in der Bewegung beschränkt sind, zeigen die höchsten Grade der Schwielen- und Hühneraugenbildung an den Füßen. Auch bei anderen Hyperkeratosen ist Gefäßparalyse der Haut oder der Follikel festzustellen (Lichen pilaris).

Bemerken will ich hier, daß die vermehrte Hornbildung wohl dem Körper einen besseren Schutz nach außen verschafft, aber auch ihre Nachteile hat, da sie zu leichterer Rißbildung geneigt macht, die ja bei Handarbeitern oft zu weiteren Entzündungserscheinungen führt. — Schon hier beim mechanischen Reiz treffen wir auf die Verschiedenartigkeit der Wirkung beim einzelnen, je nach seiner Konstitution und Disposition.

Konstitution ist nach Hart diejenige Beschaffenheit oder Verfassung des Organismus, von der seine besondere Reaktion (Art der Reaktion) auf Reize abhängt.

Disposition wird von Fleischer (Med. Kl., 1922, Nr. 9, S. 279) als eine Krankheitsbereitschaft — oder wir könnten vielleicht von uns aus gleich sagen, als ein Zustand verminderter oder erhöhter Reizbarkeit — aufgefaßt, der zeitlicher Natur ist, auf äußeren oder inneren Einflüssen beruht, aber keinen wesentlichen bzw. dauernd wirksamen Teil der Konstitution des Individuums zu bilden braucht.

Digitized by Google

Während für gewöhnlich erst bei stärkerer oder längerer Einwirkung mechanischer Reize auf die Haut Exsudation und Blasenbildung eintritt, erfolgt diese bei der Epidermolysis traumatica schon bei geringfügiger Einwirkung auffallend stark. Während also im ersten Falle eine Gewöhnung an den Reiz eintritt, entwickelt sich bei der Epidermolysis traumatica eine Überempfindlichkeit gegen den mechanischen Reiz. Schon für gewöhnlich bleibt ja, wie wir wissen, nach jeder Reizung eine gewisse Überempfindlichkeit für gleiche und ähnliche Reize zurück, was wir Allergie nennen. Wir nehmen an, daß bei Zuständen von Überempfindlichkeit, wie sie die Epidermolysis traumatica darstellt, der gleichartige neue Reiz die Haut — die Haut natürlich als ganzes Organ genommen — immer noch in der Reparation auf die Einwirkung des vorigen Reizes trifft. Die Elemente bleiben gewissermaßen in einem Zustand erhöhter Bereitschaft zu Reizaufnahme, aus dem sich leichter wieder eine neue Störung entwickeln läßt. Einen ähnlichen Gedanken bringt Gotth. Herxheimer (Über den Reizbegriff, Beitr. zur path. Anat., Bd. 65) bezüglich der Regeneration, daß sich nämlich hier — in bestimmten Beispielen wenigstens — eine Beschleunigung und allenfalls Vervollkommnung zeigte, „als hätte diese bei der Wiederholung etwas gelernt".

Diese erhöhte Bereitschaft zur Aufnahme neuer Reize ist schon beim einfachen Stiefeldruck vorhanden: eine vorspringende Stelle des Leders führt zu einer leichten Entzündung. Bevor dieselbe abgeheilt ist, wirkt die gleiche Schädlichkeit immer und immer wieder ein. Daraus können sich natürlich schlimmere Entzündungszustände entwickeln. Das ist aber durchaus nicht regelmäßig der Fall, sondern die Stelle bleibt häufig nur in einer erhöhten Bereitschaft zur Aufnahme des betreffenden Reizes und bezüglich der übrigen Vorgänge ziemlich auf demselben Punkt, d. h. in einem fehlerhaften Gleichgewichtszustand, der sich weder nach der guten noch nach der schlimmen Seite wesentlich ändert. — Der mechanische Reiz wirkt aber nicht nur auf die Epidermis, sondern auch auf das Gefäßsystem der Haut. Schon auf geringe Reibung rötet sich die Haut. Es tritt also eine vorübergehende Erweiterung der Hautkapillaren ein.

In welchem Teil des Gefäßsystems die Wirkung einsetzt, ob die Kapillaren eine aktive oder passive Erweiterung zeigen, sind Fragen, zu denen jetzt besonders die von Otfr. Müller eingeführte Dermatoskopie wertvolle Beiträge liefert, nachdem seit den grundlegenden Forschungen Unnas in den 90iger Jahren kaum ein Fortschritt in diesem Teil der Hautphysiologie gemacht worden ist. Dieser muß die Kenntnis der Blutumlaufsverhältnisse in der Haut zugrunde liegen. Es ist das ein ausgedehntes Gebiet für sich und ich kann im Rahmen dieses Vortrages unmöglich näher darauf eingehen, obschon dies eigentlich auch zur Erklärung der vasomotorischen Vorgänge beim Dermographismus notwendig wäre. Es ist bemerkenswert, daß der Dermographismus gründlicher von neurologischer Seite als von dermatologischer behandelt worden ist. Es kam dies wohl daher, daß man ihn als diagnostisches Zeichen bei Nervenkrankheiten zu verwerten suchte. Wir folgen L. R. Müller-Augsburg (D. Zschr. f. Nervenh., 1913, Nr. 47/48, S. 413). Der schwächste Grad ist „der weiße Dermographismus": Nach leichtem Druck oder besser leichtem stumpfem Strich über die Haut entsteht zunächst eine genau

Digitized by Google

auf den Ort der Einwirkung begrenzte Blutleere, die rasch wieder verschwindet. Nach 10—30 Sekunden tritt aufs neue an dieser Stelle eine „sekundäre Anämie" auf, die etwa eine Minute bestehen bleibt. Daß diese Blutleere genau auf den Strich beschränkt ist, beweist, daß es sich um einen kapillaren Vorgang handelt. Es würde dieser Vorgang also für eine selbständige Kontraktionsfähigkeit der Kapillaren sprechen, die jetzt auch wohl allgemein angenommen wird, und in letzter Zeit von Parrisius dermatoskopisch beobachtet worden ist (Plügers Arch., 1921, Bd. 191, S. 217). Läßt man die beschriebene Einwirkung auf die Haut mit stärkerem Druck erfolgen, dann tritt nach 10—20 Sekunden im Bereich der gereizten Hautstelle eine genau auf diese beschränkte Rötung ein. Die Rötung kann eine Stunde und darüber bestehen bleiben. Ein solcher kräftiger Strich bewirkt also eine Erschlaffung der Kapillargefäßwände, die Ränder, die wohl nur etwas gezerrt werden, zeigen sich als weiße anämische Streifen.

3. Ist die Einwirkung auf die Haut mit einer Schmerzempfindung verbunden, dann beschränkt sich die Rötung nicht scharf auf die Reizstelle, sondern es tritt auch in der Umgebung der Reizstelle unregelmäßige fleckige Hyperämie auf in einem 3—6 cm breiten Grenzstreifen. Hier handelt es sich um eine über das Rückenmark gehende reflektorische Reizung. Nach Marchand (Handb. d. allg. Path., 1912, II. Bd., I. Abtl.) ist die schmerzhafte Reizung sensibler Nerven von Hyperämie der ganzen Nachbarschaft begleitet. Früher hielt man diese letztere für die Ursache des Schmerzes, während wir durch Bier wissen, daß geradezu die Hyperämie den Schmerz verringert und aufhebt.

4. Der höchste und seltenere Grad von Dermographismus wäre dann die Dermographia elevata oder Urticaria factitia. Hier verursacht schon leichtes Streichen eine stark vorspringende, weiße, leistenartige Schwellung der gereizten Stelle, die bis 12 Stunden lang bestehen bleiben kann. Auch hier nimmt Marchand nur eine örtliche Reizbarkeit der Kapillarwände an. Auch nach Schwarz-Basel (D. Zschr. f. Nervenh., 1918, Nr. 60, S. 279), der die Versuche Müllers nachgeprüft hat, ist infolge der schon normalerweise großen Verschiedenheiten des Dermographismus beim Nervengesunden die diagnostische Ausbeute eigentlich recht gering. Aus dem Fehlen des irritativen Reflexerythems kann unter Umständen die Örtlichkeit einer Rückenmarkserkrankung erschlossen werden[1]). Über Dermographismus und den mechanischen Reiz der Saugwirkung wird,

[1]) Maria Scheffler (Dissertat., Berlin 1922) teilt nach Beobachtungen am eigenen Körper mit, daß der Dermographismus bei Kälte später eintritt und die Reaktion verlängert wird. Wärme steigert die lokale Reaktion. Ebbecke (Pflügers Arch. f. Physiologie, 1921, Bd. 10) führt den lokalen Dermographismus auf die Gefäßmuskelreizung, bei der Quaddel und der Nachrötung aber auch auf Stoffwechselvorgänge zurück, die durch den Reiz in den betreffenden Epithelzellen ausgelöst werden und ihrerseits auf die Gefäße wirken.

Auf die Erregung der Hautepithelzellen führt Ebbecke auch die Widerstandsveränderung der Haut bei elektrischer Reizung zurück. Die „lokale galvanische Reaktion der Haut" besteht darin, daß der Gleichstromwiderstand der Haut sofort stark herabgesetzt wird.

An ihrer eigenen Hautreizbarkeit hat Maria Scheffler gefunden, daß wasserlösliche Stoffe auf die Quaddelbildung keinen Einfluß hatten, wohl aber durch Narkotika, z. B. Chloroform, das die Quaddelbildung verhinderte.

Digitized by Google

wenn die Zeit ausreicht, vielleicht einer meiner Assistenten eine kurze Mitteilung machen.

In die verwickelten Auseinandersetzungen auf dem strittigen Gebiet des Austrittes oder der Absonderung der Gewebsflüssigkeit bei Quaddeln und Blasen können wir hier nicht eintreten.

Wärmereiz: Bei Einwirkung des Wärmereizes wird ziemlich allgemein eine Erweiterung und Entspannung der Hautblutgefäße infolge Nachlassen des in den Bahnen des Sympathikus zuströmenden tonisierenden Einflusses angenommen. Die Wirkung des Wärmereizes hat bekanntlich die Eigentümlichkeit rasch aufzutreten, aber bei mäßigen Graden auch rasch zu vergehen im Gegensatz zu dem Lichtreiz, den wir noch besprechen werden. — Durch längere Einwirkung stärkerer Wärmegrade auf die Haut kann allerdings auch eine Schädigung ihrer Blutgefäße, die zu dauernder netzförmiger Hyperämie mit nachträglicher Pigmentablagerung führt, erzeugt werden. Dieser niederste Grad der Hautverbrennung muß auch erreicht werden, wenn man Eiterherde, z. B. in Bubonen, zur Resorption bringen will. Wir machen dies mit Hilfe von Bestrahlungsglühlampen.

Kältereiz: Bei Betrachtung der durch Kälte entstehenden Reizwirkung ist es ersprießlich mit Parrisius an das Wechselspiel von Ausdehnung und Zusammenziehung zu denken, das am Magen und Darm die natürliche Grundlage für deren Tätigkeit bildet und das auch für die Blutgefäße angenommen werden muß. — Bei der Asphyxie durch Kältereiz wird noch darüber gestritten, ob sie nach Unna infolge eines reflektorischen Venenspasmus entsteht, wodurch es zur Stauung im zugehörigen Kapillarbezirk komme, oder durch eine Herabsetzung des kapillären und venösen Tonus, was eine atonische Lähmungs-Dilatation dieser Gefäße zur Folge habe (Miescher Arch. f. Derm., 1920, Bd. 127, S. 804). Daß die weiße Kälte — die Synkope — durch eine spastische Zusammenziehung der Kapillaren verursacht wird, kann kaum bezweifelt werden. Das Klammwerden der Finger wird durch die Reizwirkung von Bewegung und Reibung eher noch verstärkt, während die Asphyxie durch mechanische Reizung bekanntlich günstig beeinflußt wird, sie stellt also einen Nachlaß der Wandspannung dar. Wir haben gewissermaßen zunächst eine Übertreibung und dann ein Versagen der regelmäßigen Ausgleichsbestrebungen des Blutumlaufes vor uns. Fortschreiten der Erschlaffung auf den arteriellen Teil der Kapillarschlingen und auf die Arterien selbst öffnet dann die Bahnen für eine erst fleckförmig auftretende, dann sich ausbreitende Wallungshyperämie. Diese zum Ausgleich führende Reaktion der Gefäße wird aber offenbar behindert durch Druck von Kleidungsstücken: Schuhen, Strümpfen, Handschuhen, wodurch dann die Grundlage zu stärkeren Gefäßschädigungen, zur Erfrierung geliefert wird. Die eigentlichen Entzündungsvorgänge kommen sowohl bei der Verbrennung wie bei der Erfrierung in der Hauptsache erst durch sekundäre Infektionen zustande, jedenfalls aber die Eiterung. Merkwürdig bleibt, daß strenge Kältegrade weniger leicht als feuchte Kälte geringeren Grades in den Übergangszeiten zu Erfrierungen geneigt macht. Die Haut kann sich anscheinend gut auf sehr auseinanderliegende Temperaturverhältnisse einstellen, aber nicht so gut auf rasch in weiterem Umfange wechselnde.

Digitized by Google

Bemerkenswert war in diesem Winter die durch die gegenwärtige weibliche Kleidertracht begünstigte außergewöhnliche Lokalisation der Frostbeulen an den Unterschenkeln, die öfter zur Beobachtung kam.

Die Empfänglichkeit für ungünstige Einwirkung der Temperaturreize ist ja bei den einzelnen sehr verschieden. Es ist eine gewisse Minderwertigkeit des Blutumlaufes, die angeboren oder durch verweichlichende Lebensweise erworben sein kann, und die besondere Empfindlichkeit gegen Kälte bedingt. Parrisius (l. c.) schildert diese Zustände im einzelnen zutreffend: „Der ganze Apparat, der dem Gesunden zur Regelung der verschieden benötigten Blutzufuhr zur Verfügung steht, ist hier schon in der Ruhe mitverwendet. Der Vasoneurotiker hat bereits seine Reserven eingesetzt, ehe nur stärkere Ansprüche an ihn herantreten. Daher wohl die von diesen Leuten geklagte Schlaffheit und Mattigkeit und ihre Unzulänglichkeit stärkeren Ansprüchen gegenüber, die Schädlichkeiten den Angriff erleichtert und sie festeren Fuß fassen läßt, als dies bei anderen der Fall ist."

Es scheint, daß der in diesen für gewöhnlich schon erschlafften Hautkapillaren verlangsamte Blutstrom auch das leichtere Haften von Infektionserregern begünstigt und das Zustandekommen von Thrombosen und Thrombophlebitiden erleichtert. Bei diesen vasomotorisch Minderwertigen kommt die Haut auch leichter in einen Zustand verstärkter Durchtränkung mit Gewebsflüssigkeit, was ebenfalls wieder erhöhte Krankheitsbereitschaft bedeutet. Derartig Veranlagte sind viel mehr als andere darauf angewiesen, die mangelhafte Anpassungsfähigkeit ihrer Haut durch darauf gerichtete Pflege und Abhärtungsmaßnahmen zu unterstützen. Ich habe darauf bei einer Besprechung der ursächlichen Verhältnisse bei Acne vulgaris einmal hingewiesen. Bei diesen Leuten müssen die Blutgefäße zu kräftigerer Tätigkeit angeregt und erzogen werden.

Nach experimentellen Untersuchungen von Meinertz (Zschr. f. ang. Anat., 1920, Bd. 6) begünstigt Verlangsamung der Kapillarblutströmungen das Haften der Tuberkelbazillen. Derartig Behaftete zeigen häufig auch teleangiektatische Zustände, z. B. umschriebene Wangenröte. Und ich habe schon wiederholt darauf aufmerksam gemacht, daß diese telangiektatischen Zustände der Haut eine deutlich einfach dominierende Vererbung erkennen lassen. Es sind die gleichen Individuen, die auf Grund der Geringwertigkeit ihres Blutgefäßsystems zur Seborrhoe und Tuberkuloseinfektion veranlagt sind.

Lichtreiz: Beim Einfluß der chemischen Lichtstrahlen auf die Haut handelt es sich wieder mehr um eine spezifische Empfindlichkeit der Haut ähnlich wie beim Dermographismus, im Gegensatz zu der eben besprochenen mehr allgemeinen Minderwertigkeit des Kreislaufes. Auch sie ist individuell außerordentlich verschieden und kann sich ja steigern bis zur Überempfindlichkeit gegen diffuses Tageslicht. Diese Verhältnisse brauchen hier nicht eingehend besprochen zu werden, sie sind oft und ausführlich genug behandelt. — Wie bei der Wärme, ist auch hier Hyperämie die erste reaktive Erscheinung des Lichtreizes auf die Haut. Nur besteht der große Unterschied, daß diese bei Wärme eine rasch entstehende, und falls die Erwärmung nicht bis zur Verbrennung der Haut weitergeführt wird, rasch und spurlos vorübergehende ist,

Digitized by Google

während schon bei verhältnismäßig kurz dauernder Lichtbestrahlung, die keinerlei Empfindung in der Haut verursacht, erst mehrere Stunden später ein Erythem auftritt, das längere Zeit bestehen bleibt und von einer länger dauernden Empfindlichkeit der Stelle für gefäßerschlaffende Reize gefolgt ist. Wir haben den Eindruck, daß die primäre Störung eine Zellschädigung ist, und daß erst die dadurch erzeugten Reaktionsprodukte sekundär eine Reizung der Blutgefäße bewirken. Auch Jesionek verlegt den Angriffspunkt ins Epithel und hält die Veränderung an den Blutgefäßen für eine sekundärreaktive Erscheinung. Bekanntlich ist die Lichtwirkung haarscharf begrenzt und greift nicht über das bestrahlte Gebiet hinaus. Es handelt sich also auch hier um eine kapillare Erscheinung. Sowohl ohne auffällige Hyperämie der Haut als nach Auftreten einer solchen oder einer Lichtentzündung der Haut erfolgt Pigmentierung, die dann die Haut gegen spätere Belichtung weniger empfänglich macht. Diese Gewöhnung der Hautdeckzellen an das Licht tritt aber nicht bei allen Menschen ein, sondern bei einzelnen entwickelt sich eine Steigerung der Empfindlichkeit, so daß schon bei geringer Lichtstärke eine Dermatitis solaris entsteht und sich besonders im Frühjahr längere Zeit hindurch wiederholt, bis dann wieder eine gewisse Gewöhnung eintritt. Soviel ich weiß, ist kein Fall gemeldet, wo es sich bei dieser Lichtempfindlichkeit um eine von Geburt an dauernde Gewebsschwäche gehandelt hätte außer bei Albinos. Ich wenigstens nehme an — auch für gewisse krankmachende Reize, die später besprochen werden sollen —, daß hier die Zellen der Haut nicht in den gewöhnlichen Gleichgewichtszustand zurückkehren, sondern ihre Elemente in einer Spannung, einem dauernden Schwingungszustand verharren, auf die der spezifische Reiz wieder auslösend wirkt. Es fällt mir schwer, mir dies anders als durch Vermittlung nervöser Elemente vorzustellen, die im Epithel selbst oder in den Kapillargefäßwandungen gelegen sein können. Wenigstens können wir bei den Nerven ähnliche Zustände fabelhaft dauernder Reizbarkeit, z. B. Schmerzempfindungen, die immer wieder zu bestimmten Zeiten durch ganz geringfügige Reize ausgelöst werden können. Man denke auch an die Reizbarkeit der Magen- und Darmkanalnerven. So hat auch Jadassohn eine erworbene Überempfindlichkeit gegen Arsen beobachtet. Doch sollen die krankmachenden Lichtreize erst mit anderen solchen Reizen besprochen werden.

In eine Besprechung des Röntgenstrahlenreizes, der so überraschend lange nachwirken kann, trete ich wegen der großen Unklarheiten, die hier noch zu bewältigen sind, nicht ein.

Chemische Hautreize: Die Hautreaktionen auf chemische Reize sind experimentell genauer von J. H. Schultz (Arch. f. Derm., Bd. 113, S. 987), und zwar mit 3—20%igen Lösungen von Acid. carbolic. liquef. untersucht worden. Erhebliche Unterschiede fanden sich bei gesunden Menschen nicht. Dagegen zeigte die normale Haut Ekzemkranker gesteigerte Hautempfindlichkeit. Dieselbe war dagegen vermindert bei Psoriasiskranken und bei Konsumptionszuständen. Schäfer fand mit der gleichen Methode Herabsetzung dieser chemischen Hautreaktion bei peripheren Lähmungen, bei zentralen Lähmungen war sie leicht erhöht, bei rein motorischen unverändert.

Über die Wirkung chemischer Mittel auf die Haut haben wir natürlich durch die Behandlung der Hautkrankheiten reiche Erfahrung. Dabei haben

Digitized by Google

wir geradesogut die Verträglichkeit der gesunden Haut in Umgebung der kranken Stellen als diese letzteren selbst zu berücksichtigen, und finden, daß sie außerordentlich verschieden ist.

Was durch fortgesetzte chemische Reizung der Haut in der Weise, daß man vor Abklingen des Reizes wieder einen neuen Reiz anbringt, erzielt werden kann, dafür sind die durch fortgesetzte Teerpechpinselungen erzeugten Mäusekarzinome ein überraschender Beweis und eine eindringliche Mahnung, die Reizlehre auch in bezug auf die Haut zu vertiefen und auszubauen. Wir können doch wohl annehmen, daß dem gewöhnlichen Leben regelmäßige Schwingungen der kleinsten Körperteilchen zugrunde liegen, die, wenn auch einmal gestört, doch immer danach streben, wieder zu regelmäßiger ausgeglichener Bewegung zurückzukehren, wie wir sie bei der Bewegung der Weltkörper im vollkommensten Maße vor uns haben. Werden sie aber in der Rückkehr zu regelmäßigen Schwingungen immer und immer wieder gestört, so entsteht eine solche Unregelmäßigkeit der Bewegungen, daß Rückkehr zur Norm unmöglich wird. Nur wenn wir diese Erscheinungen vom höheren Gesichtspunkt betrachten und uns von der Betrachtung des Einzelwesens losmachen, erkennen wir wieder die großen in sich zurückkehrenden Kreisbahnen, in denen alles Geschehen sich vollzieht.

Krankmachende Reize: Die vielen Reizmittel, die zur Erkrankung der Haut führen können, sind vielfach nur für bestimmte Personen erregend. Ich erinnere an die vielen chemischen Stoffe: Arnika, Jodoform, Chinin, Primeln u. a., die zu Ekzem führen können, die Ersatzpräparate des Krieges, Hutleder, Streichholzschachteln usw. Die Wirkung ist häufig so aufzufassen, daß ein solches Reizmittel eine Hyperämie mit Ödem schafft und auf dem geschädigten Gewebe dann Entzündungserreger — wohl fast immer Eiterkokken — Fuß fassen und unter Umständen auch nach Erlöschen des auslösenden Reizes selbständig dadurch weiterbestehen, daß durch die Entzündung wieder die Reizbarkeit der Haut auch für andere Reize erhöht wird und so der Weiterbestand der Erkrankung gesichert wird. Also cessante causa non semper cessat effectus. Ich erinnere an die Chlorakne, die nach Abstellung der Chlorwirkung nicht auszuheilen braucht. Geläufig sind uns die Verhältnisse an den Körperfalten, wo Haut an Haut sich reibt, und wo dann durch die Reizung der Schweißdrüsen Durchfeuchtung der Haut, Hyperämie, Quellung erzeugt und einerseits der Selbstschutz der Haut herabgesetzt und die Infektion mit Entzündungserregern erleichtert, andererseits damit auch wieder die mechanische Reizung vermehrt wird. Ähnlich ist es auch bei der Wirkung des Stiefeldruckes bei gleichzeitigem Schwitzen.

Es kommt noch ein Umstand hinzu, der vielleicht noch nicht genügend gewürdigt ist: Sobald bei einer solchen Gelegenheit Schmerz auftritt, verstärkt sich die Hyperämie und Entzündung in deutlich viel rascherer Zunahme, was mit der beim Dermographismus gefundenen Tatsache übereinstimmt, daß bei schmerzhafter Reizung ein reflektorisch über das Rückenmark erzeugtes Erythem auftritt. Tritt aber nicht Ruhigstellung ein, sondern setzen sich die schädigenden Einflüsse fort, so steigert sich der Entzündungsgang in überstürzender Hast, so daß auch in der Nachbarschaft befindliche ruhende Entzündungsherde zu lebhafter Tätigkeit an-

Digitized by Google

geregt werden, indem sie in das kollaterale Ödem einbezogen werden. Nach LUBARSCH (ASCHOFF, Allg. Path., 1913) soll diese durch Schmerz hervorgerufene Entzündungshyperämie durch künstliches Unempfindlichmachen erheblich abgeschwächt werden. Umgekehrt wirkt die BIERsche Stauungshyperämie, die den Entzündungsschmerz verringert. Bemerkenswert ist, daß die örtlichen Betäubungsmittel gleichzeitig auch zusammenziehend auf die Gefäße wirken.

Die sich in bewegten Hautfalten bildenden papulösen Wucherungen erlangen ihren oft überraschenden Umfang dadurch, daß sich die Reibung mit dem Hervortreten über die Fläche der Haut immer mehr verstärkt.

Die luetischen Papeln sind gleich der vegetierenden Impetigo als eine Anhäufung kleinster Pustelkammern anzusehen, um die sich sie warzigen Wucherungen erheben. Sitzt eine Wucherung in der Tiefe einer Falte, d. h. so, daß Druck und Reibung von beiden Seiten auf die einwirken, so wird das Wachstum in die Länge sehr befördert, wie bei den Hämorrhoidalknoten, die sich ja auf diese Weise bis zu gestielten Polypen entwickeln können. Auch in der Raphe perinei sieht man solche von beiden Seiten abgeplattete Wucherungen.

An den mit Ringmuskulatur versehenen Körperöffnungen, besonders am After, findet auch eine Ursachenverkettung in der Weise statt, daß bei Rissen eine Reizung des Sphinkters erfolgt, die wieder störend auf die Heilung des Einrisses wirkt. Die Chirurgen empfehlen, den Sphinkter stumpf zu dehnen, um dadurch den Ring zu erschlaffen.

Die Empfindlichkeit entzündeter Hautstellen ist schon gegen geringfügige mechanische Einwirkungen oft in unglaublicher Weise gesteigert; als Musterbeispiel kann die Impetigo vulgaris gelten. Gelingt es, dieselbe vor äußeren Berührungen zu schützen, so heilt sie, wenigstens bei kurzer Dauer, unfehlbar ohne jede Behandlung. Aber diesen Schutz zu verschaffen ist nicht leicht. Die Impetigo setzt sich schon mit Vorliebe an Hautstellen an, die äußerer Reizung ausgesetzt sind, und an denen Verbände nicht unverrückbar zu gestalten sind. Selbst Salbenverbände kleben an und reizen dadurch wieder. Man muß die mittlere Linie wählen und die Impetigo möglichst reizfrei zu machen suchen. Wir können sagen, daß die Impetigoentzündung durchaus von äußeren Reizen abhängig ist, daß die ganze Erkrankung sich nur auf äußeren Reizen aufbaut, daß äußere Reize schon zum Haften der Eitererreger dringend notwendig sind, daß dann mit Entwicklung der Krankheit die Reizbarkeit rasch zunimmt und dem am Körper sich verbreitenden Virus die Pforten zum Eingang öffnet, während gleichzeitig mit der Reizbarkeit auch die Virulenz der Erreger, die für neue Angriffe am gleichen Körper schon bereit sind, noch zunimmt. Wir können dies auch Allergie nennen und die Ursache in den Abwehrstoffen finden, die durch die Reizstoffe der Erreger erzeugt werden. Mit weiterer Zunahme dieser Abwehrstoffe wird dann die Haut immun gegen Infektion.

Wir wissen aber, daß diese Immunisierung in gewissen Fällen nicht eintritt. Was ist die Ursache dafür?

Um sich richtig entwickeln und auswirken zu können, verlangt der Immunisierungsprozeß durchaus Ruhe und Ungestörtsein. Ist dieses

Digitized by Google

nicht oder nicht in ausreichendem Maße gewährleistet, werden die immunisierenden Vorgänge immer wieder durch neue Reize übertrumpft und ausgeglichen, so geht die Fähigkeit des Körpers zur Immunisierung zum Teil verloren. Sie kommt gegen die immer wieder frisch anstürmenden Reize nicht mehr auf und damit tritt eine andere Form der Abwehr ein. Statt der heftig abstoßenden akut entzündlichen Allergie, die sich dem Angreifer schon in der Oberhaut entgegenwirft und die Abwehr mit einer raschen Exsudation in Gestalt einer Blase erfolgreich beendet, wird eine andere Kampfform benutzt, nämlich diejenige der Eiterung und der Einwallung des angreifenden Erregers.

Man kann sich den Vorgang vielleicht auch so vorstellen, daß der Impetigoerreger zunächst nur für die oberste Hautschicht eingestellt ist und für diese immunisierend wirkt. Und bei voller Ungestörtheit ist dies gewiß auch meist der Fall. Neue Reize befähigen ihn aber auch, die tieferen Teile der Follikel und Kutis anzugreifen und gegen den Angriff auf diese Teile geht der Organismus dann durch Eiterung und Einwallung vor. In den gewöhnlichen Fällen nimmt auch unbehandelt die Reizbarkeit von einem gewissen Punkte wieder ab und es tritt Heilung ein. Dies aber nur, wenn nicht fortgesetzte stärkere Reizung diesen natürlichen Selbstheilungsvorgang hindert und unterbricht. Der Erreger weiß sich dann auf alle möglichen Reizformen einzurichten und anzupassen. Er wird förmlich durchtrieben, täuscht Heilung vor und entwickelt sich immer wieder aus kleinsten Resten. Die Blüten fangen auch an zu jucken und verschaffen sich auf diese Art den erwünschten Kratzreiz. So entwickeln sich die kaum beschriebenen Formen der chronischen Impetigo, die äußerlich oft ganz den frischen Formen gleichen, aber der Heilung die allergrößten Schwierigkeiten bieten. Bei flächenhaftem Charakter werden sie — zumal bei Kindern — natürlich meistens als „Ekzem" bezeichnet und nehmen auch durch das Kratzen, das, einmal angefangen, nicht wieder aufgegeben wird, mehr und mehr dessen Eigenart an. Sie geben keine Ruhe, bis nach unendlicher Mühe auch die letzte kleinste Stelle geheilt ist. Daß es sich nicht um Ekzem, sondern zunächst um Impetigo handelt, zeigt sich bei den Rückfällen, die in Form von Impetigoblasen auftreten. Übrigens mache ich keinen großen Unterschied zwischen Impetigo und Ekzem, das ich ebenfalls für eine Pyodermie halte. Wir grenzen davon allerdings die kleinblasige Form ab, die wir Vesikulosis nennen.

Merkwürdig ist, daß bei entzündlichen Hauterscheinungen auch wieder unerwartet schwache Wirkungen sonst stark reizender Stoffe beobachtet werden. So ist mir aufgefallen, daß bei Impetigo und Vesikulosis die von uns regelmäßig bei Akne verwendete Sublimatschälpaste, die wir bis zu 6 % nehmen, vergleichsweise recht geringe Reizwirkung hat, auch bei Pyrogallol ist mir dies schon aufgefallen. Nach dem letzteren beobachtet man übrigens manchmal nach längerem Gebrauch eine steigende Überempfindlichkeit.

Ganz ähnlich wie die oberflächliche Impetigo sind in ihrem Entstehen und Gedeihen die infiltrierten Pustulosen von äußeren Reizen abhängig. Auch hier sind es geringfügige, aber mehr gleichmäßig sich wiederholende Reize, wie die Reibung des Kragens, der Ärmelränder,

Digitized by Google

der Sitzgegend, die hier die Entzündung aus dem Follikelhals in die Tiefe treiben und das Infiltrat um den Eiterherd mehr und mehr vergrößern helfen. Ein Furunkel, der im Entstehen sofort unter sorgfältigen und haltbaren Pflasterabschluß genommen wird, der möglichst lange erhalten bleiben soll, wird selten größere Ausdehnung annehmen. Es war ein guter Gedanke Wassermanns, das Histopin, dem er eine spezifische Wirkung auf die Furunkulose zuschreibt, in Form von Pflaster anzuwenden (M. m. W., 1922).

Wenn der Leukozytenwall, der sich um eine follikuläre Staphylose bildet, durch mechanische Reizung durchbrochen wird, wächst nach Unna eine Kokkentraube in das umgebende Gewebe.

Die Prognose dieser reizbaren Bullosen, Vesikulosen, Pustulosen hängt in der Hauptursache von der Zeit ihres Bestehens ab. Im Anfang sind sie auf bestimmte Reize eingestellt, z. B. bei Skabies, Pedikulosis usw. Mit der Vernichtung der Parasiten fällt der Hauptreiz des Kratzens weg, und dann heilt die oft doch recht bedeutende Pyodermie meist von selbst. Die Pyodermie kann sich aber auch von der ersten Ursache, d. h. dem ursprünglichen Reiz, unter dessen Beihilfe die Eiterinfektion zum Haften gebracht wurde, loslösen und selbständig werden. Sie findet dann z. B. in dem Reiz des zu Krusten eintrocknenden Eiters, die sich teilweise ablösen, in der Reibung der Kleider usw., genug Reize, um neue Haftungen des Erregers auf der Haut, an die er seine Lebensbedingungen angepaßt hat, zustande bringen zu können. Gewinnen aber doch wie gewöhnlich die immunisierenden Abwehrkräfte die Oberhand, so ist es merkwürdig, wie rasch dann die Reizbarkeit der erkrankten Haut und gleichzeitig damit die Lebensfrische des Erregers abnimmt und sich damit die Bedingungen ins Günstige hineinsteigern, so daß die Heilung rasche Fortschritte macht.

Manchmal macht aber doch der pyogene Erreger den Versuch, dadurch, daß er sich in kleinste Herde auflöst, kleinste Bläschen, kleinste Pusteln bildet, die aber doch noch mit einer verhältnismäßig dicken Hornschicht bedeckt sind, der Verfolgung zu entgehen. Und tatsächlich sind dies auch die der Behandlung am allerschwersten zugänglichen Fälle.

Eine weitere Steigerung der Reizung, die der Entzündungsprozeß auf die Gewebe ausübt, kommt auch noch durch die Gewebswucherung zustande. Entzündliche Granulationen umwachsen die kleinen Eiterherde, suchen sie zu umwallen und einzuschließen. Diese Impetigo vegetans heilt oft ohne jede andere Behandlung dadurch, daß man den Einfluß der Kleiderreizung in Wegfall bringt, die Berührung der Bettdecke durch einen Schutzbogen aufhebt und andere Schutzmaßregeln, braucht aber verhältnismäßig lange Zeit zur Rückbildung der Wucherungen. Gerade hier ist es ganz besonders augenfällig, wie planmäßig und sicher der Organismus gegen diese Hautentzündungen vorgeht, wenn ihm nur durch entsprechenden Ausschluß der Reize die nötigen Bedingungen dazu geliefert werden.

Man hat die Erklärung für die verschiedenartigen Erscheinungen der Pyodermien naturgemäß in erster Linie durch Verschiedenheit der einwirkenden Eitererreger zu erklären versucht. Die Haut antwortet aber auf den Angriff verschiedener Erreger mit ähnlichen Abwehrformen. In

Digitized by Google

letzter Zeit haben ja allerdings Lewandowsky und Gans auf bezeichnende Verschiedenheiten zwischen Streptokokken- und Staphylokokken-Impetigo hingewiesen.

Bettmann ist in letzter Zeit (Arch. f. Derm., 1921, Bd. 135, S. 66) auf die Umbauvorgänge als Ausdruck spezifischer Reaktionsvorgänge bei Krankheiten der Haut auf Grund ihrer besonderen Reizbarkeit zu sprechen gekommen. Er bezieht sich dabei auf Herxheimer, der ebenfalls die Umwandlung von Pyodermien und spezifischen Pustulosen in lichenoide Papeln beobachtet hat (D. m. W., 1913, S. 1725). Auch Herxheimer findet die Ursache dafür nicht in den Eigenschaften des Erregers, sondern sieht darin einen Ausdruck dafür, daß der Organismus, nachdem es ihm nicht gelungen ist, mit erster Anstrengung die Schädlichkeit hinauszuwerfen, es auf andere Art versucht, nämlich durch Umwallung und Abschluß. Ebenso Bettmann, der dies als Folgen verschiedenartiger äußerlicher Reizwirkungen bezeichnet, aber auch die Erklärung in Eigentümlichkeiten der betreffenden Haut sucht, die den Umbau der Reaktion verursachen. Ich habe ja auch die Psoriasis 1912 hier in Stuttgart und 1920 in Nauheim als eine besondere Reaktionsform der Haut auf pyogene Erreger dargestellt, sowohl auf Grund eigener Beobachtungen, als auch der histologischen Befunde von Mikroabszessen in der Epidermis durch Rasch. Ich gestehe auch, daß ich den Lichen ruber, den Bettmann als Beispiel wählt, still im Herzen schon lange als eine Pyodermie ansehe.

Ich bin aber nicht wie Šamberger bezüglich der Psoriasis und wie allgemeiner Bettmann der Ansicht, daß es sich hier in der Hauptsache um eine angeborene besondere konstitutionelle Eigenart der Haut handelt. Ich glaube vielmehr, daß dies ein Zustand ist, der sich aus dem Miteinander- und Gegeneinanderwirken von Angriffs- und Abwehrbewegungen im Zusammenhang mit äußeren Reizen ausbildet. Es ist für mich dann gar nicht so wunderbar, daß der Körper gegen einen Erreger, mit dem er schwer fertig wird, eine gewisse Form der Abwehr beibehält, die ihm zwar den Angreifer nicht ganz vom Leibe schafft, aber wenigstens die Verallgemeinerung der Schädigung auf den übrigen Körper ganz oder doch wenigstens für einige Zeit erspart.

Die Formen der Blasen- und Pustelbildung verhalten sich zu der Bildung von Knötchen und Einkapselungen wie der Bewegungskrieg zum Stellungskrieg. Auch diese Kampfformen entwickeln sich aus vorhandenen Zuständen und Eigenschaften der Truppen nach Zahl, Tüchtigkeit usw. Auf Grund vollständigerer oder unvollständigerer Erfolge des einen oder anderen Teiles bilden sie sich zu einer dauernden Kampfform aus.

Daß bei der Psoriasis eine angeborene Neigung zu parakeratotischer Reaktion vorhanden sein kann, soll nicht bestritten werden, besonders wenn, wie Bettmann für den Morbus Darier, ausführt, daneben noch andere hereditäre Momente nachweisbar sind. Aber auch hier nimmt Bettmann die Mitwirkung örtlicher Reize an.

Sicher ist doch auch beim Tuberkulösen meist eine erhöhte Empfänglichkeit der Haut gegen die Reize anderer Krankheitserreger vorhanden.

Es ist jedenfalls zu begrüßen, daß man sich darin übt, die Krankheiten auf ein Zusammenwirken verschiedener innerer und äußerer Schädlichkeiten zurückzuführen, statt sie auf eine Hauptursache zu be-

Digitized by Google

ziehen. Wir kommen dadurch allerdings von der Hebraschen genauen Abgrenzung und Abschachtelung der Hautkrankheiten zu ganz bestimmten typischen, mit glatten Namen zu bezeichnenden Formen ab. Hebra hat dadurch aus einem Chaos eine feste Aufbaugrundlage gegeben, für die wir so dankbar sind. Dafür entbehren wir aber einer Erklärung und eines Verständnisses für die vielen Übergangsformen, die so schwer unterzubringen sind, und mit deren diagnostischer Benennung bei Krankenvorstellungen oft recht viel Zeit vergeudet wird. Es wäre deshalb vielleicht nicht zu verwerfen, wenn man, da, wie es scheint, es eine glatte ätiologische Benennung bei den Hautkrankheiten nicht geben kann, diese noch mehr nach der Erscheinungsform zu benennen. Ich habe deshalb begonnen, von Vesikulosen, Bullosen, Pustulosen zu sprechen, die dann durch Zusätze noch weiter abgegrenzt werden können, aber keine weiteren noch nicht begründeten Voraussetzungen enthalten sollen.

(Schluß folgt.)

Unterempfindlichkeit der Haut gegenüber akutem Ekzem innerhalb eines Naevus teleangiectaticus.

Von

Prof. Dr. Ludwig Waelsch in Prag.

Der 58jähr. Pat. konsultierte mich wegen eines ungefähr 2 Wochen bestehenden etwa handtellergroßen Ekzemherdes der Kreuzbeingegend. Die Haut war daselbst gerötet, mäßig geschwollen, in den zentralen Teilen von dünnen Krusten und Schuppen bedeckt; der Rand des Herdes löste sich in kleine Gruppen von roten Knötchen und kleinen Bläschen mit leicht getrübtem Inhalt auf. Die übrige Haut des Körpers war vollkommen ekzemfrei. Die Gegend des linken Schulterblattes, der Schulterhöhe und des linken Armes bis herab zum Handrücken war eingenommen von einem in der Mittellinie des Rückens scharf abschneidenden, ungemein ausgebreiteten Naevus teleangiectaticus von düster weinroter Farbe, der allenthalben, besonders reichlich in der Gegend des Schulterblattes, größere und kleinere Inseln normaler Haut enthielt.

In den nächsten Tagen breitete sich das Ekzem weiter aus in Form sprungweise auftretender Knötchen- und Bläschenherde, die sich unter Tendenz des Zusammenfließens besonders am Rücken häuften, dann auch an der rechten Schulter und rechten oberen Extremität auftraten, und auch die Unter- und Oberschenkel ergriffen. Die Haut über dem Nävus blieb aber vollkommen verschont, da das Ekzem an der Haut über dem linken Schulterblatt überall vor den Grenzen des Nävus Halt machte. Sein unterer Rand trat fast in der ganzen Grenzlinie durch daselbst sich schnurartig aneinanderreihende Ekzemknötchen sehr scharf hervor. Es war ungemein reizvoll zu sehen, wie dieser Ekzemrand die ein- und ausspringenden Konturen des Nävus umsäumte. Aber auch an den normalen Hautinseln innerhalb des Naevus flammeus traten nun größere und kleinere Knötchengruppen auf, die sie mehr oder weniger vollkommen ausfüllten und sich durch ihre hellrote Farbe, Schwellung und dann einsetzende Schuppung und Bildung dünner Krusten scharf abhoben von der klatten düsterroten Nävusfläche. Ein wesentlicher Unterschied, bezüglich Größe der Knötchen oder Bläschen und Dichte ihrer Anordnung zwischen den am Nävusrand angeordneten und den übrigen Ekzemefloreszenzen, ließ sich nicht konstatieren. Innerhalb dreier Wochen heilte das stark juckende Ekzem unter der üblichen Behandlung.

In dem geschilderten Falle bestand also eine ausgesprochene Unterempfindlichkeit oder eigentlich Unempfindlichkeit der Haut über einem ausgebreiteten Naevus teleangiectaticus gegen ein aus unbekannter Ursache

Digitized by Google

entstandenes akutes Ekzem, beziehungsweise seinen als sogenannte Reflexekzeme entstandenen akuten Eruptionen. Diese Unempfindlichkeit der Haut wurde dadurch kenntlich, daß das akute Ekzem nirgends die Grenzen des Nävus direkt überschritt und, die teleangiektatischen Partien geradezu überspringend, innerhalb des Nävus sich auch wieder nur an den blassen normalen Hautinseln entwickelte.

Unterempfindlichkeit der Haut gegen Ekzem, mag dieses nun spontan aus uns unbekannten Ursachen, oder als Dermatitis arteficialis infolge äußerer Reize entstanden, oder endlich experimentell hervorgerufen worden sein, ist in den letzten Jahren von Kreibich mehrfach bei verschiedenartigen Hautveränderungen beschrieben worden. (Bei Vitiligo, Leukoderma syphiliticum[1]).) Bei ausgebreitetem Hg-Erythem sah er Freibleiben der Haut von der Erkrankung beiderseitig an den Oberschenkelinnenflächen, soweit diesen das durch eine Hydrozele stark ausgedehnte Skrotum anlag. Er erklärt dies durch den Druck des Hodensackes auf die Haut. Ein Analogon meiner Beobachtung habe ich aber in der mir zugänglichen Literatur nicht gefunden.

Es bestand hier eine ausgebreitete Hautveränderung, bei welcher der für das Zustandekommen einer Entzündung wichtigste Bestandteil der Haut, die Gefäße, übermäßig gewuchert und erweitert war. Freilich handelte es sich um pathologische Gefäße, welche — und dafür sprechen vielfache klinische Beobachtungen — der Beeinflussung durch ihre Vasomotoren mehr oder weniger vollständig entzogen sein dürften. So nimmt ja Buschke für die teleangiektatischen Nävi direkt eine Mißbildung ihrer Gefäßnerven, und zwar der Vasokonstriktoren an, in Analogie der Erklärung der Entstehung von Naevis anaemicis, die Vörner, Buschke und a. A. auf Fehlen oder Unterbildung der Vasodilatatoren zurückführen möchten[2]). Buschke stellt sich die Entstehung der Nävi flammei in der Weise vor, daß im fötalen Leben infolge Fehlens der gefäßverengernden Nerven die neugebildeten Gefäße dauernd weit werden und sie daher ein starker Blutstrom durchströmt. Durch das fötale Proliferationsvermögen tritt dann zu dieser Erweiterung auch noch Neubildung von Gefäßen. Diese Anschauung bezüglich des Fehlens oder der Unterbildung der Vasokonstriktoren bei teleangiektatischen Nävis suchte Buschke durch Versuche zu stützen, die ein Ausbleiben der Anämisierung der Haut durch Adrenalin bei derartigen Naevis flammeis, dagegen Anämisierung durch Aufspritzen von Äthylchlorid ergaben, während Eintauchen in kaltes Wasser stärkere zyanotische Färbung bewirkte.

In einer späteren Mitteilung berichten Buschke und Sklarz[3]) über Versuche mit Epirenan, das bei intrakutaner Injektion eine, wenn auch vielfach mangelhafte Kontraktion der kleinen Gefäße innerhalb eines Naevus flammeus hervorrief. Die größeren Gefäße blieben häufig unbeeinflußt. Nach dem Aufhören der Epirenanwirkung entstand eine auffallend starke Hyperämie.

---

[1]) C. Kreibich, Über lokale Unterempfindlichkeit der Haut. Arch. f. Derm., Bd. 103. — C. Kreibich, Weitere Beiträge zur abnormen Hautempfindlichkeit. Arch. f. Derm., Bd. 108. — [2]) Buschke, Über den nervösen Ursprung der teleangiektatischen und anämischen Nävi. Arch. f. Derm., Bd. 128. — [3]) Buschke und Sklarz, Zur Kenntnis der Physiologie des Hautsympathikus. Derm. W., Bd. 72, Nr. 12.

Digitized by Google

Auf diese durch die erwähnten Versuche der genannten Autoren m. E. nicht sehr beweisend gestützte Theorie Buschkes hier einzugehen ist nicht der Ort, zumal mir vorläufig gleichsinnige Versuche fehlen. Auf meine Beobachtung angewendet ist aber zu sagen, daß die hier beobachtete Unempfindlichkeit der Haut gegenüber einem akuten Ekzem nicht durch Fehlen oder Unterbildung der Vosokonstriktoren allein erklärt werden kann. Es müßte hier vielmehr durch das Fehlen der Funktion der Antagonisten ein Überwiegen der Wirkung der Dilatatoren und damit gerade das Gegenteil, eine Überempfindlichkeit der Haut innerhalb des Nävus eintreten, wie sie Kreibich[1]) an der sonst normalen Haut über einem tiefsitzenden Hämangiom gegenüber Lichen urticatus beobachtet hat. Man müßte eher noch annehmen, daß die Haut in Naevis flammeis der Wirkung ihrer Vasomotoren überhaupt entzogen, und dadurch unempfindlich ist gegen alle Reize, die sonst auf der normalen Haut eine oberflächliche Entzündung im Sinne eines Ekzems hervorzurufen imstande sind.

Ich habe auch versucht, dieser Frage experimentell näher zu treten. Aus leicht begreiflichen Gründen war der Träger des Nävus zu derartigen Versuchen nicht zu haben. Dagegen willigte ein anderer Patient mit Gonorrhoe, der freilich keinen so ausgebreiteten Nävus besaß, ein, einen Versuch machen zu lassen. Er hatte an der Radialseite des linken Handgelenks, hinaufreichend bis zur Mitte des Vorderarms, herabgehend auf den Metakarpus I und II einen Naevus flammeus, der sich aus mehreren rosa gefärbten Flecken mit verwaschenen Rändern zusammensetzte.

Nach dem Vorgange Weidenfelds[2]) applizierte ich auf diesen Nävus durch 24 Stunden einen mit 50 % Krotonöl-Olivenöl getränkten Wattebausch, der mit Heftpflaster fixiert wurde. Nach dieser Zeit fand sich, soweit das Krotonöl eingewirkt hatte, keine wesentliche Veränderung an der Haut. Man konnte mit der Lupe nur blaßrote schmale Höfe um einige Haarfollikel an der Haut außerhalb des Nävus konstatieren. Dagegen hatten sich dort, wo das Heftpflaster aufgelegen, flache, hellrote, follikuläre Knötchen etabliert. Ich ließ nun das Pflaster 2 mal 24 Stunden liegen. Nach Ablauf dieser Zeit bestanden fast an allen Follikeln außerhalb des Nävus kleine rote Knötchen oder Bläschen mit leicht getrübtem Inhalt. Die Haut des Nävus blieb vollkommen unbeeinflußt, glatt und blaßrosa. An den verwaschenen Rändern ließen sich hier und da kleine follikuläre Bläschen konstatieren.

Ich bin mir bewußt, daß dieser eine Versuch noch nichts beweist, er ermuntert aber zu weiteren, die vielfach variiert werden müßten. Es müßte auch in Erwägung gezogen werden, daß, worauf Unna immer nachdrücklich hinweist, ein Unterschied festzuhalten ist zwischen einer durch äußere Reize entstandenen traumatischen Dermatitis (dem akuten Ekzem Willans) und den „spontan", aus uns unbekannten Ursachen entstandenen Ekzemen.

---

[1]) Kreibich, l. c. Bd. 108. — [2]) Weidenfelds, Beiträge zur Pathogenese des Ekzems. Arch. f. Derm., Bd. 111.

Digitized by Google

Erwiderung auf Delbancos Bemerkungen zu Nourneys Immunitätsbehandlung der Geschlechtskrankheiten[1]).

Von

Dr. med. Nourney in Mettmann.

Mit vieler Genugtuung begrüßte ich Delbancos Worte (S. 706): „Niemand kann an dem Gedankengang Nourneys vorüber, zu welchem er durch das Studium der Erscheinungen nach einer Vebli gekommen ist." Delbanco ging aus (S. 708) von seinen Beobachtungen mit der Eigenblutwirkung bei der Gonorrhoe. Er spritzte zwei- bis dreimal wöchentlich. Ich bin von einem häufigeren Einspritzen abgekommen. Schon die erste Vebli beschränkt in frischen Fällen den Reaktionsprozeß auf das bis dahin befallene Gebiet und löst in mehr chronischen Fällen uns noch unbekannte Hemmungen, welche einer Naturheilung entgegenwirkten. Häufigere Einspritzungen scheinen ziemlich wirkungslos zu werden. Ich fürchte sogar dadurch Reaktionsformen auszulösen, welche der Immunitätsheilung entgegenarbeiten, ähnlich wie es sich nach häufigen, auch kleinsten Tuberkulinangaben, anatomisch nachweisen läßt. Erst wenn erneut Hemmungen im Naturheilungsverlauf sich bemerklich machen, greife ich erneut zur Spritze, und das erfolgt erst in 3—4 Wochen, evtl. noch später.

Sodann verstehe ich (S. 708) Delbancos Warnung für jeden, „wer den Mut haben sollte, Nourneys heroischen Spuren zu folgen, die Initialsklerose sofort mit einer Vebli und hinterher nur mit hygienisch-diätetischen Maßnahmen zu behandeln", vollkommen. Anfänglich hielt ich die Eigenblutbehandlung nur im chronischen Stadium einer Infektion für angezeigt, — ist sie doch bei vielen akuten Formen mit anaphylaktischen Reaktionen geradezu kontraindiziert, bis eine eventuelle Chemotherapie eine drohende Organschädigung beseitigt hat. Aber die Initialsklerose ist zunächst nicht lebensgefährlich. Sodann ist der Begriff „hygienisch-diätetisch" sehr dehnbar. Wie ich bei der Gonorrhoe durch literweises Teetrinken für die ständige Abspülung der Reaktionsprodukte sorge, so bemühe ich mich bei der Initialsklerose durch Hg und andere Präparate für ständige Reinigung, — nicht um die Spirillen zu töten, diese sind vom Organismus abgesondert und dadurch für den ehemaligen Träger unschädlich, — sondern um eine Entwicklung von anderen Bakterien auf geeignetem Nährboden zu verhindern. Der scheußliche Geruch verbummelter Primäraffekte ist doch nicht verursacht durch Spirochäten? Eine Mischinfektion scheint nicht selten zu einer Hemmung im normalen Heilverlauf zu führen.

Initialsklerose! Mir fielen bei diesem Wort die großartigen Erfolge im Weltkriege nach der Schutzimpfung gegen die verschiedensten Infektionen ein. Galt es schon früher, daß durch solche Schutzimpfungen nur die Mortalität, nicht die Morbidität herabgesetzt werde, so glaube

[1]) Derm. W., 1922, Nr. 28, S. 705 ff.

Digitized by Google

ich jetzt, daß die betreffenden Infektionskrankheiten durch solche therapeutische Vorbereitung massenhaft so leicht verliefen, daß nur der Immunitätsschutz in Erscheinung trat. So wagte ich noch vielmehr bei der Lues eine beginnende Initialsklerose zur Selbstimmunisierung benutzen zu dürfen. Daß Eigenblut auf sie einwirkt, ist unzweifelhaft.

Und nun (S. 707) „das Furchtbarste vom Furchtbaren", „die Tabes und Paralyse". Die Furcht, durch Störung immunbiologischer Vorgänge mit chemischem Ictus gravis und Abortivkur gerade das Nervensystem zu schädigen, läßt nicht zur Ruhe kommen. Somit begrüße ich (S. 707) Delbancos Betonen „einer Roseola der Meningen — und der andern Organe". Wie der naturgesetzliche Verlauf die Krisiswendung in spezifischen Reaktionen auf der Haut und den Schleimhäuten in erster Linie sich ausgleichen läßt, ist wohl noch dunkel. Die S. 706 zitierten Sätze aus einer ungedruckten Arbeit von mir können nur als ein Versuch zum Verständnis aufgefaßt werden. Vorschütz-Elberfeld, der sich bei schwerer Entzündung in chirurgischen Fällen für Eigenbluteinspritzungen von 10—50 g einsetzt, hält die durch Messung des Agglutinationstiters nachweisbare Änderung der Blutzellen für einen elektrischen Vorgang (Mitt. d. d. Grenzgeb., 1922, H. 5). Solche Erklärungen können zunächst nur als Bilder aus der Physik aufgenommen werden, die dem Verständnis eines Naturvorgangs näher bringensollen. Tatsache ist, daß syphilitische Hautreaktionen nach einer Vebli schneller abheilen oder sich ändern im Sinne höherwertiger Immunitätsreaktionen, und daß völlig fehlende Lokalreaktionen erst jetzt auftreten, nicht selten im Gefolge von Fieber, profusen Schweißen usw.

Spricht im Anschluß hieran Delbanco von drei Etappen bei der Lues, so ist es für mich ein hoffnungsvolles Ziel die dritte Etappe: „Eine Beteiligung des eigentlichen Organparenchyms" mit ihren furchtbaren Folgen zu vermeiden. „Wir wissen aber, daß das Gehirn des Paralytikers nicht mehr die Kraft hat, in irgend welcher spezifischen Form anatomisch auf die massenhaften Spirochäten zu reagieren." Diese Worte Delbancos (S. 707) erinnerten mich lebhaft an mein Doktor-Kolloquium. Als schon in der Praxis stehender Arzt sollte ich etwas von Gehirnerweichung wissen. Ich schäme mich noch heute meiner Unwissenheit. Nie werde ich vergessen, daß durch Wucherung im Stütz- und Ernährungsgewebe des Gehirns das Gegenteil von Erweichung in Erscheinung tritt, und daß das Gehirnparenchym erst sekundär erkrankt. So wird auch die Behandlung der Paralyse in diesem Prodromalstadium einsetzen müssen, und da habe ich die Vebli ganz hervorragend wirksam gefunden, aber auch noch in vorgeschrittenem Stadium, wo schon einzelne Parenchymfunktionen gestört sind. Ein Stillstand ist auch in späteren Stadien noch die Regel.

Heroischen Mut haben mir hier die Erfolge gemacht, welche Quéry und seine Nachfolger mit spezifischem Affenserum erzielt haben. Das jetzt in deutscher Ausgabe erschienene Werk: Die Syphilis: Mikrobiologie — Serotherapie, Paris 1922, enthält eine Fülle von Heilungen solcher organischen Gehirnleiden.

Zum Schluß spricht Delbanco den Wunsch aus, „daß für ein feinstes Studium der zahllosen luetischen Exanthemformen ein zweiter Pirquet

Digitized by Google

komme". Ich glaube, keiner hat Pirquets Allergie begeisterter in sich aufgenommen und verarbeitet als ich. Doch jetzt sehne ich mich nach einem zweiten Virchow! Die endgültige Entscheidung über den Wert einer Therapie gehört dem Pathologen. Ich glaube nicht, daß die Eigenblutbehandlung sein Urteil zu fürchten braucht.

Aus der dermatologischen Klinik der Universität Leipzig (Direktor: Prof. Dr. Rille).

Bemerkung zu dem Aufsatz „Das Greenbergsche Zysto-Urethroskop" von Dr. Eugen Neuwirth[1]).

Von

Priv.-Doz. Dr. med. et phil. F. W. Oelze.

In meiner Arbeit in dieser Wochenschrift 1921, Nr. 37, hatte ich ein neues Zysto-Urethroskop beschrieben, das eine Vereinigung eines leistungsfähigen Zystoskopes mit einem optisch vollkommenen Posterior-Urethroskop darstellt. Hierbei hatte ich die Ausbildung der Zysto-Urethroskopie in Amerika ausdrücklich anerkannt.

Neuwirth hebt meinem Instrument gegenüber das amerikanische, von Greenberg angegebene Modell als einfacher hervor. Hierzu habe ich zu bemerken, daß das Greenbergsche Instrument allerdings einfach, aber auch sehr primitiv ist. Wenn Neuwirth den aufrichtbaren Obturator als besondere Eigentümlichkeit erwähnt, so ist diese Konstruktion schon 1893 von Oberländer (Lehrbuch der Urethroskopie, S. 20) beschrieben. Ferner hat die Entfernung von Luftblasen durch Abheben der Beobachtungsoptik, dargestellt durch eine einfache Linse, in Deutschland längst eine elegantere Lösung erfahren. Endlich scheint Neuwirth in meiner Arbeit übersehen zu haben, daß auch mit meinem Instrument die sogenannte direkte Zystoskopie möglich ist; allerdings habe ich sie wegen ihres mehr behelfsmäßigen Charakters nur kurz erwähnt. Im Ganzen betrachtet ist mit den sehr primitiven mechanischen und optischen Mitteln des Greenbergschen Instrumentes natürlich niemals die Bequemlichkeit und Vielseitigkeit in Diagnose und Therapie zu erreichen, die einem Zysto-Urethroskop eigen ist, das mit allen Hilfsmitteln der Technik ausgestattet ist.

Fachzeitschriften.

Česká Dermatologie.

1922, Bd. 3, Nr. 7.

Ätiologie und Histogenese der Nävi, von Fr. Kogoj-Prag. Übersichtsreferat.

Über Tuberkuline und Kaltblütervakzinen in der Dermatologie, und einige Erfahrungen mit denselben, von K. Hübschmann-Prag. (Schluß.) Die Kutanreaktion soll sowohl mit humanem als auch mit bovinem Tuberkulin vorgenommen werden. In therapeutischer Hinsicht hat sich dem Verf. die Inunktion des Tuberkulins und die

[1]) Derm. W., 1922, Nr. 30.

Digitized by Google

Methode von Ponndorf als Hilfstherapie der üblichen medikamentösen und Lichttherapie, speziell bei schwächlichen Individuen bewährt. Vom Tuberkulomuzin, das aber nur selten angewendet wurde, sah H. befriedigende Resultate nur dann, wenn er es in Form von Umschlägen in Verdünnungen von 1 : 40 bis 1 : 20 bei exulzerierten Skrofulodermata applizierte: die Geschwüre begannen mächtig zu granulieren. Autoextrakte eignen sich wegen des komplizierten Verfahrens nur für die Anstaltsbehandlung. Mit Chelonin, das bei etwa 50 Fällen zur Anwendung gelangte, erzielte H. bei einem Fall von Lupus ulcerosus deutliche Heilung; ein Fall von geheiltem Lupus erythematosus ist unsicher; die übrigen Fälle sind teils gebessert, teils stationär, ohne Zeichen von Progredienz. Das Chelonin ist kein Spezifikum. Seine Hauptwirkung ist eine unspezifische im Sinne der Proteintherapie. Bei schwerem internem Befund ist sie kontraindiziert.

Beitrag zur Therapie der Akne, von J. Crha-Prag. Mitteilung von vier Fällen, in denen der Verf. einen günstigen Einfluß des Stannoxyls (Injektionen) konstatieren konnte.

1922, Bd. 3, Nr. 8.

Drüsenpunktion und ihre Bedeutung für die Diagnose der Lues, von V. Srdlík-Preßburg. Der Verf. punktierte die Drüsen von 80 verdächtigen oder ausgesprochenen Fällen von Syphilis. 52 Fälle gehörten dem I. Stadium an, und bei 50 = 96% war der Spirochätenbefund ein positiver; darunter waren 24 Fälle, bei denen im Primäraffekt keine Spirochäten gefunden resp. wegen Phimose nicht gesucht wurden. Dem II. Stadium gehörten 21 Fälle an; bei 18 wurden im Punktat Spirochäten gefunden (= 85,7%). Bei 7 Fällen von Phimose, bei denen im Vorhautsack eine Verhärtung und in der Leiste indolente Drüsen vorhanden waren, war der Befund negativ und auch die WR war negativ.

Versuche mit Diffusion des Komplements, von J. Kabelík-Brünn. (Schluß folgt.)

Erfahrungen mit Thiargol, von F. V. Novák. Thiargol ist ein gutes Antiblennorrhoikum bei der blennorrhoischen Urethritis. Sein Vorzug besteht darin, daß es Silber und Schwefel enthält, von denen das erste bakterizid, der zweite reduzierend und antibakteriell wirkt. Es macht in die Wäsche Flecke, die sich aber auswaschen lassen.

1922, Bd. 3, Nr. 9.

Versuche mit Diffusion des Komplements, von J. Kabelík-Brünn. (Schluß.) Bei der Diffusion eines in Reagenzgläsern auf dünnen Agar, dem als Indikator stark sensibilisierte Blutkörperchen zugesetzt wurden, geschichteten Komplements zeigte es sich, daß die Dicke der hämolisierten Schicht um so größer ist, je konzentrierter und stärker das Komplement, je dünner der Agar ist, je sensibilisierter die Blutkörperchen sind und je kleiner ihre Menge ist. Im Beginn des Versuchs erfolgt die Durchdringung des Komplements am raschesten, dann verlangsamt sie sich schnell und kommt spätestens am 3. Tag wegen Inaktivierung des Komplements zum Stillstand. Der Verf. weist auf den Wert derartiger Versuche für das Studium der serösen und bakteriellen Hämolysine, der Präzipitine und anderer hämolytischer Substanzen hin, speziell der Desinfizientien. Aus dem Ergebnis vergleichender Diffusionsversuche kann mit größter Wahrscheinlichkeit geschlossen werden, daß die komplementäre Eigenschaft des Serums von einer Kolloidzerstreuung abhängt, die viel gröber ist als die Dispersität der Eiweißsubstanzen des Serums.

Neue Befunde bei Pemphigus vulgaris, von Karl Gawalowski-Prag. Der Verf. teilt zwei Fälle mit, betreffend eine 53jähr. (H.) und eine 51jähr. Frau (J.), die außer den typischen Blasen Symptome darboten, die auf eine Störung der inneren Sekretion als Ursache der Erkrankung hinwiesen. Bei H. bestand schon $^1/_2$ Jahr vor Ausbruch der Hautaffektion Schwäche und abnormes Schwitzen; gegenwärtig ist die Haut trocken, ziemlich fettig. Bei J. begann der Pemphigus plötzlich; Haut trocken, fettig, blaß. Beiden Fällen ist eine Ischurie und Hyperglykämie gemeinsam; im Harn kein Zucker. Der Verf. schloß auf eine Pankreasstörung, und tatsächlich war bei beiden Fällen die Lorwische Augenreaktion positiv (Mydriase), und im Serum war Adrenalin vorhanden. Der Versuch am Froschauge mit Serum der Kranken (Meltzer-Ehrmann) war bei H. deutlich positiv, bei J. unsicher. (Der Versuch nach Laewen-Trendelenburg konnte nicht angestellt werden, weil die schlafenden Frösche zu enge Venen hatten.) Ein Versuch mit subkutaner Adrenalininjektion und mit Glykose, die N-Bestimmung im Harn, die Bestimmung der Wasserabsonderung durch die Nieren, die Untersuchung des Stuhls und des Blutes scheinen zu beweisen, daß es sich in beiden

Digitized by Google

Fällen um eine Störung der inneren Sekretion handelte, charakterisiert durch Hypopankreatismus, Hyperthyreoidismus und mit größter Wahrscheinlichkeit auch durch Hyperadrenalinämie und Hypovarismus. Die Störung ist nicht exzessiv und ihr funktioneller Charakter stimmt mit den bisherigen negativen Sektionsbefunden überein.

Kutane Tuberkulinreaktion bei Hauttuberkulosen, von K. Hübschmann-Prag. Die Erfahrungen des Verf.s bei 45 Fällen verschiedener Formen der Hauttuberkulose stimmen mit den Resultaten Curschmanns (M. Kl., 1921, Nr. 22) nicht überein. Niemals fand H. eine positive Reaktion mit einem Tuberkulin, wenn die Reaktion mit einem anderen Tuberkulin vollkommen negativ war. In keinem einzigen Fall war die Kutanreaktion überhaupt negativ. Ein Überwiegen der Reaktion mit bovinem Tuberkulin über die Reaktionen mit humanem Tuberkulin wurde nicht konstatiert. Nur in 24,4% der Fälle von B > A, in 37,8% war B = A und in 37,8% war sogar B < A. Die Erklärung für die Verschiedenheit seiner und der Curschmannschen Resultate erblickt der Verf. nicht so sehr in der Verschiedenheit des Materials, als in der Verschiedenheit der Technik.

Intramuskuläre Novarsenobenzolinjektionen mit „Gluco 914" bei der Therapie der Lues, von A. Měska-Preßburg. Der Verf. sah nach intramuskulären Injektionen von 4—5 g Novarsenobenzol in Form des Gluco 914, kombiniert mit einer Schmierkur, einen Rückgang der klinischen Erscheinungen. Die WR wurde negativ. Ganz schmerzlos ist die Injektion nicht. G. Mühlstein-Prag.

Mitteilungen aus der Literatur.

Lepra.

Leprastudien in Bengalen (Leprosy Research in Bengal). (Brit. m. J., 27. V. 1922, S. 849.) Große Geldstiftungen aus der letzten Zeit ermöglichen ein besseres Arbeiten. Unter anderen werden ein Untersuchungslaboratorium, eine Poliklinik und in gesunder Gegend eine Leprösenkolonie eingerichtet. Die Behandlung mit Chaulmoogra und den Produkten anderer Öle gibt sehr zufriedenstellende Resultate. E. Sklarz-Berlin.

Nachweis von Leprabazillen durch Aspiration von Knoten (Demonstration of Lepra Bacilli by Aspiration of Nodules), von S. S. Greenbaum und F. Jay Schamberg-Philadelphia. (J. Am. m. Ass., Bd. 78, Nr. 17, S. 1295—1296.) Entsprechend der Drüsenpunktion bei Lues zur Feststellung des Erregers empfehlen die Verff. die Punktion tiefliegender Lepraknoten. F. Quasig-Hamburg.

Chaulmoogra-Öl intravenös gegen Lepra (Chaulmoogra Oil intravenously in Leprosy), von P. Harper. (J. of trop. Med. and Hyg., London 1922, Nr. 1, S. 2.) Im Makogai-Asyl sind über 200 Leprakranke mit intravenösen Einspritzungen von Chaulmoogra-Öl behandelt worden. Die Beobachtungen stützen sich auf über 26000 Einspritzungen. Da beträchtliche Schwankungen der Toleranz gegenüber dem Öl seitens der einzelnen Kranken bemerkt werden, muß die Dosis jedem Kranken angepaßt werden. Als Reaktionserscheinungen sind zu nennen: Tachykardie, Fieber, pustelartige, rote, erhabene Hauterscheinungen, die von Schwellungen und Infiltrationen begleitet sein können. 38 Pat. sind jetzt in Perioden bis zu 11 Monaten behandelt worden. 28 sind gebessert, 1 starb an Influenza, 3 sind schlechter geworden und bei 6 ist keine Veränderung eingetreten. F. Quasig-Hamburg.

Antimonbehandlung bei Lepra (Antimony in Leprosy), von G. H. Wildisch. (Brit. m. J., 14. I. 1922.) Gute Erfolge mit intramuskulären Injektionen von Antimonpräparaten. Selbst aussichtslos erscheinende Fälle des Lepra-Hospitals Amatikulu (Zululand) wurden in einer von keiner anderen Medikation erreichten Art gebessert. E. Sklarz-Berlin.

El tratamienta de la lepra por los ésteres etilicos de los acidos grasos del aceite chaulmoogra. (Ref. W. H. Hoffmann-Habana.) (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., Bd. 26, H. 5, S. 158.) Auf Grund der guten Erfahrungen in Hawai wurden auch in Habana die Äthylester der Fettsäuren des Chaulmoogra-Öls zur Behandlung der Lepra benutzt. Im Lepraheim in Habana sind seit einigen Monaten 48 Fälle in Behandlung, bei denen A. in dieser kurzen Zeit wunderbare Besserungen erzielte, die Bazillen sind zum größten Teil schon verschwunden. Das Mittel wird intramuskulär tief in die Gesäßmuskel eingespritzt, wöchentlich eine Spritze, steigend von 1 g bis 5 oder 6 g. Die Einspritzungen sind schmerzlos. G. Assmann-Kiel.

Digitized by Google

Tuberkulose.

Zur Bedeutung der tuberkulösen Allergie für das Entzündungsproblem und die Proteinkörpertherapie, von K. Zieler-Würzburg. (D. m. W., 1922, Nr. 22, S. 685.) Erwiderung auf die Ausführungen von Selter in Nr. 2. Zieler faßt das Tuberkulin als einen spezifischen Reizstoff auf, der nur auf solches Gewebe wirkt, das zu tuberkulöser Entzündung bereit ist. Er verweist dann auf seine früheren Arbeiten, in denen er die Befunde Sorgs' widerlegt hat. Die Annahme, daß es zwei Arten von Allergie gibt, ist nicht berechtigt. Die erworbene spezifisch-tuberkulöse Allergie wird nur durch Tuberkulin und nicht durch andere Bakterienproteine ausgelöst. Die unspezifische, natürlich vorhandene Allergie gegen Bakterienprotein beruht auf einer primären Giftwirkung der betreffenden Proteine. Die von Selter erhobenen Schlußfolgerungen sind daher als nicht in jeder Hinsicht berechtigt anzusehen. Auch für die Frage, ob die Anwendung von Proteinkörpern bei der Tuberkulose nützlich oder schädlich ist, sind die Untersuchungen Selters nicht ausreichend. F. Harry-Berlin.

Erwiderung auf Zielers Bemerkungen, von H. Selter-Königsberg. (D. m. W., 1922, Nr. 22, S. 686.) Selter gibt zu, daß Zieler, dessen Arbeiten ihm entgangen sind, bereits den Beweis der spezifischen Wirkung des Tuberkulins gegenüber der unspezifischen der anderen Reizkörper erbracht hat. Es besteht jedoch eine große Ähnlichkeit zwischen beiden Reaktionen. Je größer die tuberkulöse Allergie, desto stärker ist die Empfindlichkeit gegen andere Reize. Diese Befunde berechtigen uns zu der Anwendung unspezifischer Reizkörper bei der Behandlung der Tuberkulose.

F. Harry-Berlin.

Mikroskopische Untersuchung von der Nasenschleimhaut Lupus-vulgaris-Kranker während der Behandlung mit universellen Kohlenbogenbädern, von K. A. Heiberg und Ove Strandberg, Finsen-Inst., Kopenhagen. (Zschr. f. Laryng., Bd. 10, H. 1, S. 16—17.) Es gehen während der universellen Lichtwirkung reparatorische Veränderungen in der Nasenschleimhaut vor sich. Die Ausheilung unter dieser Lichtwirkung ist histologisch auch qualitativ von dem Bilde verschieden, das man bei den schwachen spontanen Ausheilungsanläufen bei Lupus vulgaris der Nasenschleimhaut antrifft. Es wird durch diese Untersuchungen gleichzeitig erwiesen, daß die Ausheilung der Nasenschleimhaut bei Lupus vulgaris, die klinisch sich beobachten läßt, während der universellen Lichtwirkung nicht nur eine scheinbare Ausheilung, sondern ein histologisch feststellbarer, reeller Ausheilungsprozeß ist. W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Experimentelle und klinische Untersuchungen mit Chelonin bei chirurgischer Tuberkulose, von H. F. O. Haberland-Köln. (Bruns Beitr. z. klin. Chir., 1922, Bd. 125, H. 1, S. 117—173.) Verf. kommt zu dem Resultat, daß Chelonin schädlich ist. „Wir haben den Eindruck, daß wir nicht heilen, sondern eine Infektion auf die andere aufpfropfen." Weder beim Tier noch beim Menschen können wir irgend eine günstige Beeinflussung geschweige denn eine Heilung mit der einmaligen Darreichung feststellen. Es läßt sich selbst bei Herderscheinungen an der Injektionsstelle nicht feststellen, ob überhaupt eine klinisch nachweisbare Tuberkulose vorliegt, sie bieten keinen Anhaltspunkt für die Schwere der tuberkulösen Erkrankung und für die Prognose, ob die Cheloninbehandlung von einem günstigen oder negativen Erfolge begleitet sein wird; schließlich spielt das Alter des Menschen keine Rolle. Der tuberkulöse Herd verhält sich indifferent gegenüber dem Chelonin. Es ist ein Kunstfehler, eine prophylaktische oder therapeutische Vakzination mit lebenden, wenn auch avirulenten, den menschlichen Tuberkelbazillen verwandten Mikroben zu üben. W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Über Tuberkulose der Tränendrüse, von Wilhelm Stenzler. (Diss., Jena 1919.) Zwei Fälle bei einem 65jähr. Tischler und einer 58jähr. Landwirtsfrau.

F. Weiler-Leipzig.

Die Behandlung des Lupus vulgaris mit salpetersaurer Quecksilberoxydlösung (The Treatment of Lupus Vulgaris with Solution of Mercuric Nitrate), von Erwin P. Zeisler-Chicago. (J. Am. m. Ass., Bd. 78, Nr. 14, S. 1045—1046.) Verf. berichtet über 6 Fälle von Lupus vulgaris, die ohne Erfolg mit Röntgenstrahlen behandelt worden sind und bei denen er nach Gebrauch der salpetersauren Quecksilberoxydlösung ein befriedigendes Resultat erzielte. Die Behandlung geschieht mittels Betupfen der einzelnen Tuberkel mit der Lösung unter Druck für 1—2 Minuten. Beschreibung und Bilder eines besonders gut gelungenen Falles von Gesichtslupus. Nach Verf. ist die Methode besonders nach vorheriger vergeblicher Röntgenbestrahlung zu empfehlen.

F. Quasig-Hamburg.

Digitized by Google

Die Behandlung spondylitischer Lähmungen mit dem Glüheisen, von W. H. Wirth-Frankfurt a. M. (Kl. W., 1922, Nr. 15, S. 732.) Verf. hat angeregt durch die Mitteilungen Quinckes zu obigem Thema, spondylitische Lähmungen, hauptsächlich tuberkulöser Natur, mit dem Glüheisen behandelt und damit in mehreren Fällen überraschend gute Resultate erzielt. Die Technik stellt sich so dar, daß in Höhe des Erkrankungsherdes beiderseits 2—3 cm von den Proc. spinos. etwa 1—2 cm breite und etwa 10 bis 15 cm lange bis in die Subkutis gehende Brandschorfe angelegt werden, die man 4 bis 5 Wochen offengehalten hat. Eine genaue Erklärung für die Wirkung kann Verf. nicht geben, er hält es nicht für eine einfache Reizwirkung, sondern glaubt eher, daß ein Einfluß auf die Durchströmungsverhältnisse im Wirbelkanal und damit auf das am Erkrankungsherd vorhandene Ödem ausgeübt wird. Immerhin bedürfen die theoretische Erklärung des Heilungsverlaufes, vor allem aber die Indikationsstellung noch eingehender Beschäftigung und weiterer Erforschung. E. Langer-Berlin.

Konservative oder operative Behandlung der chirurgischen Tuberkulose? von W. Koennecke-Göttingen (Ther. d. Gegenw., 1922, H. 4, S. 139.) Zusammenfassendes Referat über die moderne, größtenteils konservative Behandlung der chirurgischen Tuberkulose, mit kritischer Beleuchtung des Standpunkts der verschiedenen Autoren zu der Frage ausschließlich konservativer Behandlung nach Bier und der Ausnutzung der konservativen Methoden (Heliotherapie, Heilstättenbehandlung, künstliche Höhensonne, Röntgen, entlastende Fixationsverbände, diätetische Allgemeinbehandlung) im Verein mit chirurgischen Eingriffen. (Punktionen, Jodoformglyzerin-Injektionen.)

F. Hirsch-Ulm.

Syphilis.

a. Allgemeines und Historisches.

Kursus der venerologischen Technik, von M. Joseph-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 15, S. 491—492.) Besprechung der Technik des Spirochätennachweises und der therapeutischen Maßnahmen für den praktischen Arzt bei der Behandlung der Syphilis.

F. Harry-Berlin.

Syphilis und Trauma. Das Arbeiter-Entschädigungsgesetz, der Gewerbearzt und der syphilitisch kranke Angestellte (Syphilis and Trauma. The Workmen's Compensation Act, the Industrial Physician and the Syphilitic Employee). von Joseph V. Klauder-Philadelphia. (J. Am. m. Ass., Bd. 78, Nr. 14, S. 1029—1036.) Die recht ausführliche Arbeit bringt eine reiche Kasuistik von Fällen von Trauma in bezug auf bereits vorhandene Syphilis, bietet jedoch dermatologisch nichts Besonderes. Mehr Interesse dürfte sie für den Unfallbegutachter haben. F. Quasig-Hamburg.

Übertragbarkeit der Syphilis im Latenzstadium und ungenügende Behandlung der frischen Syphilis (Transmissibility of Syphilis in the Latent Stage and Insufficient Treatment of Early Syphilis), von Samuel Feldman-Neuyork. (NewYork m. J., 1922, Bd. 115, Nr. 9.) Die von dem Verf. aus einzelnen Fällen gezogenen Schlüsse, daß symptomlose Syphilis im Latenzstadium zu Übertragungen führen kann, daß eine negative WR in solchen Fällen keine ausschlaggebende Bedeutung besitzt, daß nach ungenügender Behandlung Rezidive sekundärer Erscheinungen auftreten können, dürften wohl als allgemein bekannt gelten. E. Levin-Berlin.

Zur Frage der Syphilisverhütung und der Säuglings- bzw. Ammensyphilis, von K. Zieler-Würzburg. (D. m. W., 1922, Nr. 13, S. 413—414.) Ebenso wie für gesunde Säuglinge nur solche Frauen als Ammen ausgesucht werden, die nicht an Lues leiden, dürfen einer gesunden Amme nur dann Säuglinge angelegt werden, wenn bei ihnen eine angeborene Syphilis ausgeschlossen werden kann. In unsicheren Fällen darf das Kind nicht vor Ablauf von 8 Wochen angelegt werden, denn die luetische Infektion kann manchmal erst während der Geburt erfolgt sein und nach 6—8 Wochen äußere Erscheinungen verursachen. Es wird ein Fall angeführt, wo ein schlecht gedeihendes, 8 Tage altes Kind erst 5 Wochen nach der Geburt luetische Erscheinungen hatte und vorher die Amme infizierte. Bei letzterer wurde die Lues 8 Wochen nach dem Beginn des Stillens manifest. In der Zwischenzeit stillte sie noch vier andere Kinder und infizierte drei davon luetisch. F. Harry-Berlin.

Syphilis in der Allgemeinpraxis (Syphilis in General Practice), von Sir D'Arcy Power. (Lancet, Nr. 5152, S. 1035.) Verf. betont, daß bei der großen Verbreitung der Lues man in Fällen chronischer Entzündung, die auf die gewöhnliche Behandlung nicht reagieren, Syphilis differentialdiagnostisch in Betracht ziehen müsse. Im übrigen bietet der Artikel nichts Besonderes. R. Erichson-Kiel.

Digitized by Google

b. Pathologie und Klinik.

Kongenitale Syphilis bei Zöglingen (Congenital Syphilis in Institutional Children), von Joseph S. Lawrence-Albany. (J. Am. m. Ass., Bd. 78, Nr. 8, S. 566—568.) Verf. berichtet an Hand von Tabellen über die Blutuntersuchungen von Insassen der Waisenhäuser im Staate New York, die auf Veranlassung der Gesundheitsbehörde vorgenommen wurden, sowie auch über die Blutuntersuchungen, die bei den nächsten Verwandten der Zöglinge angestellt werden konnten. Auf Grund dieser Untersuchungen weist Verf. auf die Wichtigkeit der Blutuntersuchung jedes aufzunehmenden Zöglings hin. Auch ist es für den Aufnahmearzt von Bedeutung, bei zweifelhaften Blutproben oder klinischem Befund eine Untersuchung der Eltern oder anderer Familienmitglieder auf Syphilis anzustellen. F. Quasig-Hamburg.

Über die Hutchinsonschen Zähne, von T. von Wilczewski. (Zahnärztliche Diss., Leipzig 1921. Hautklinik Rille). Zusammenfassung aus der Literatur.
F. Weiler-Leipzig.

Zur diagnostischen Bewertung der Hutchinson-Zähne. (Zum Aufsatz von P. Kranz in Nr. 51, Jahrg. 1921.) Von Ernst Kraupa-Teplitz. (Zbl. f. inn. Med., 1922, Nr. 9, S. 153.) Polemik. A. Rosenburg-Berlin.

Diagnose von Syphilis hereditaria tarda und Lupus in der Oto-Rhino-Laryngologie (Diagnosis of Late Hereditary Syphilis and Lupus in Otorhinology), von Georges Protmann-Bordeaux. (New York m. J., 1922, Bd. 115, Nr. 9.) Syphilis und Lupus können bei derselben Person vorkommen und auch Mischformen (Lupo-Syphilide) bilden. Die Differentialdiagnose kann sehr schwierig sein, im allgemeinen ist die Entwicklung der Syphilisprodukte eine schnellere, der Zerfall ein umfangreicherer. Zur Diagnose sind alle sonstigen klinischen Symptome und Laboratoriumsuntersuchungen heranzuziehen, die jedoch sehr häufig versagen; besonders sind negative Ergebnisse nicht zu verwerten. Die Beweiskraft der Riesenzellen für das Vorliegen eines tuberkulösen Prozesses kann nicht mehr aufrecht erhalten werden. Eine exakte Diagnose ist wichtig, um Behandlungen zu vermeiden, die schädlich wirken können, wie Jod bei gewissen tuberkulösen Läsionen. E. Levin-Berlin.

Über den syphilitischen Primäraffekt an der Tonsille, von Julius Dollreder. (Diss., Leipzig 1920.) Die Gesamtheit der von Rille beobachteten Fälle beträgt 42, darunter 25 männliche, 12 weibliche Individuen und 5 Kinder im Alter von $2^1/_2$ bis 14 Jahren. 10 Erkrankte waren 14—20 Jahre, 26 waren 20—50 Jahre, einer über 50 Jahre alt. In 19 Fällen war die rechte Mandel befallen, in 17 Fällen die linke und in 6 Fällen waren beide Mandeln ergriffen, in 15 Fällen auch noch die Gaumenbögen. Die klinische Form der Erkrankung spielt sich in 7 Fällen als eine rein anginöse ab. In 12 Fällen tritt die Erkrankung schon als erosive Form auf, und in den übrigen Fällen, mit Ausnahme eines, der die diphtheroide Varietät zeigt, besteht die ulzeröse Form des Mandelschankers. Die gangränöse Form ist dagegen nicht vertreten. Skleradenitis ist in allen Fällen vorhanden. 4mal war als Ursache Kußinfektion festzustellen. Gemeinsame Benutzung des Eßgeschirres in 2 Fällen. In einem Fall war die Ursache in gemeinsamer Benutzung des Bettes mit einem Erkrankten zu finden. In allen anderen Fällen konnte die Quelle der Infektion nicht gefunden werden.
F. Weiler-Leipzig.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Prof. Rille in Leipzig wurde zum korrespondierenden Mitgliede des Deutschen Hygiene-Museums in Dresden gewählt.

Prof. Karl Zieler in Würzburg wurde zum planmäßigen ordentlichen Professor ernannt.

Dr. Max Jessner, Assistent der dermatologischen Klinik in Breslau, hat sich habilitiert. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.“) ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

7. Oktober 1922 | Nr. 40 | Band 75

Aus der akademischen Klinik für Hautkrankheiten in Düsseldorf (Direktor: Prof. Stern).

Beitrag zur Frage der diffusen Hautinfiltrate im sekundären Stadium der Lues.

Von

Dr. Evening, stellv. Oberarzt der Klinik.

Savnik beschreibt im Arch. f. Derm., Bd. 136, H. 3, zwei Fälle von sekundärer Lues, die diffuse Hautinfiltrate aufwiesen, wie wir sie eigentlich nur bei der Lues hereditaria kennen.

Diese Veröffentlichung veranlaßt mich, die Krankengeschichte einer Pat. kurz anzuführen, die im Sommer dieses Jahres unsere Klinik aufsuchte.

Anamnese: Frau D., 44 Jahre alt. Familienanamnese o. B. Vor 25 Jahren, vor 11 und 10 Jahren je ein Abort. 11 gesunde, lebende Kinder. Nie ernstlich krank gewesen, negiert vor allem jede Infektion. Jetzt seit etwa 6 Wochen Ausschlag am Munde, der sich allmählich nach der Nase hin weiter ausdehnt und auch auf die Mundschleimhaut übergriff. Menses regelmäßig.

Befund: 24. I. Kleine untersetzte Frau in ausreichendem Ernährungszustand. Sichtbare Schleimhäute gut durchblutet. Brust und Bauchorgane: o. B.

Haut: Außer einigen Akneknötchen am Rumpf o. B. Um den Mund herum, besonders auf der Oberlippe zwischen Nase und Lippenrot sich ausdehnend und einen zentimeterbreiten Rand der Unterlippe einnehmend, eine Rötung mittleren Grades auf derb infiltrierter Haut; dazu leichte Schuppenbildung. Sowohl in beiden Mundwinkeln, als auch an der Oberlippe einige radiär zum Lippenrot verlaufende Rhagaden. An der linken Gaumenseite einige weißlich belegte Schleimhautstellen (Plaques muqueuses). Zunge etwas verdickt, die Schleimhaut dunkelrot verfärbt, ebenso die Wangenschleimhaut.

Genitale: o. B.

Keine Drüsenschwellung.

WR: +++. MR: +++. SGR: +++.

Therapie: 10 Neosalvarsaninjektionen à 0,45.

30. II. Schlußbefund: Es besteht noch eine leichte Rötung um den Mund herum. WR am Ende der Kur: +++.

4. IV. Nachuntersuchung: Die Haut der Oberlippe ist noch dunkelrot verfärbt. Senkrecht zum Lippenrot einige ganz feine strahlenförmige, weißliche Narben. An der Unterlippe parallel zum Lippenrot eine 0,5 cm breite feine weißliche Narbe.

Bei der ersten flüchtigen Untersuchung wurde die Diagnose Lupus gestellt. Die Veranlassung dazu bot die Infiltration, die Färbung und Schuppenbildung. Die am anderen Tage vorgenommene WR mit ihrem positiven Ausfall veranlaßte uns, die Pat. genauer zu untersuchen; dabei wurden die oben beschriebenen anderweitigen Erscheinungen entdeckt, die mit der positiven WR die Diagnose Lues, wenn auch nicht vollkommen sicher stellen, so doch vermuten ließ. Die eingeleitete antiluetische Kur brachte den Rückgang der Erscheinungen, so daß man die

Digitized by Google

Diagnose Lues als gesichert ansehen kann, wenn auch eine histologische Untersuchung leider wegen der Lage der Erscheinungen aus begreiflichen Gründen unterbleiben mußte.

In unserm Falle handelt es sich zweifellos um sekundäre Lues, da die Schleimhautplaques zu den Erscheinungen der sekundären Periode gerechnet werden. Ich führe dies nur an, weil Savnik in seiner Arbeit Wert darauf zu legen scheint, daß die diffusen Hautinfiltrate im sekundären Stadium der Lues vorkommen. Wie Stern[1]) schon 1914 in einer Arbeit über ungewöhnlich lange Latenz der Lues ausgeführt hat, ist die ganze Stadiumeinteilung der Lues insofern illusorisch, als wir doch wissen, „daß Produkte, die anatomisch zu den sogenannten tertiären Formen gehören, im ersten Stadium der Syphilis, ja beim Bestehen des Primäraffektes vorkommen können und daß anderseits zu einer Zeit, in der wir nach unseren bisherigen Erfahrungen gummöse, bzw. ulzeröse Formen erwarten, Produkte in die Erscheinung treten, die anatomisch ganz und gar denjenigen der ersten Infektionszeit, wenn wir so sagen dürfen, gleich sind." *Es ist deshalb meiner Meinung nach ganz gleichgültig, ob der von Savnik beschriebene erste Fall vor 15 Jahren oder erst vor kurzer Zeit infiziert worden ist; wesentlich ist nur die Feststellung, daß tatsächlich diffuse Hautinfiltrationen bei einer Lues vorkommen, die nicht ererbt, sondern erworben ist. Dies ist sowohl für die von Savnik angeführten Fälle als auch für unsern Fall unzweifelhaft. Diese Feststellung ist deshalb von so eminenter Bedeutung, weil auch heute noch bei vielen Autoren folgender Satz Hochsingers unbedingt Gültigkeit hat: „Diese diffusen Hautinfiltrationen stellen diejenigen Hautveränderungen dar, welche dem syphiliskranken Kinde erst recht das charakteristische Gepräge der Hereditärsyphilis verleihen und die Differentialdiagnose der Hereditärsyphilis auch ohne Anamnese und anderweitige Symptomenreihe der akquirierten Syphilis gegenüber erlauben."

Auch Mulzer[2]) hält in seinem neuen Lehrbuche an dem Standpunkte fest, daß das diffuse, flächenhafte Syphilid „der erworbenen Syphilis fehlt".

Daß diese Infiltrationen sehr wohl bei einer erworbenen Lues vorkommen können, beweisen sowohl die Savnikschen Fälle als auch unser Fall.

Es erhebt sich nur die Frage: Wie häufig und in welchen Fällen kommen diese diffusen Infiltrate bei der erworbenen Lues vor?

Dazu wäre zunächst zu bemerken, daß die in der schon oben zitierten Arbeit meines Chefs angeführten Fälle ebenfalls, wenn auch nicht so ausgedehnte, aber doch diffuse Infiltrationen aufwiesen, sicher wenigstens in dem einen Falle an der Nase. Solche Fälle, wie sie Stern beschreibt, haben wir sicher schon häufiger gesehen; wir haben solche Herde vielleicht nur als Konfluation von mehreren Papeln angesehen und deßhalb die Diagnose „diffuses Hautinfiltrat" nicht gestellt. Ich glaube deshalb, daß man, falls man darauf genauer achtet, häufiger solche kleineren diffusen Hautinfiltrationen bei der Lues zu sehen bekommt.

---

[1]) Stern, D. m. W., 1914, Nr. 7—9. — [2]) Mulzer: Die syphilitischen Erfahrungen in der Allgemeinpraxis.

Digitized by Google

Sicher ist aber andererseits, daß diese von Savnik und uns beobachteten ausgedehnten diffusen Infiltrate doch sehr selten sind.

Die Frage, in welchen Fällen sie auftreten, ist schwieriger zu beantworten. Bei dem einen der Savnikschen Fälle handelt es sich um maligne Lues, für den andern ist die Malignität nicht sicher, bei unserm Falle kann von einer malignen Lues nicht die Rede sein. Die mehr oder minder große Malignität ist also für das Zustandekommen der Infiltrate nicht ausschlaggebend. Vielleicht kommen sie häufiger vor bei denjenigen Fällen, die, analog den von Stern beschriebenen, lange Zeit latent waren. Es würde für den einen der Savnikschen Fälle passen. Auch bei unserm Falle liegt die Infektion, wie es scheint, schon länger zurück. Für den zweiten Savnikschen Fall stimmt aber dieses wieder nicht.

Auch für die hereditäre Lues ist die Ursache des Zustandekommens dieser diffusen Infiltrationen nicht sicher festzustellen. Hochsinger hat in der Hauptsache vier Arten von Entstehungsweisen beobachtet, von denen bei der einen nach ihm selteneren die Hautinfiltration aus der Konfluenz veritabler papulöser Einzeleffloreszenzen ohne das Zwischenstadium eines flächenförmigen Erythems entsteht. Diese Art von diffusen Hautinfiltraten sollen auch im Gegensatz zu den anderen die Eigentümlichkeit haben, daß sie mit länger dauernden Pigmentationen abheilen. Es ist aus der Art der beschriebenen Fälle anzunehmen, daß wir bei der erworbenen Lues diese Art der Entstehung als die gewöhnliche annehmen müssen.

Was nun die Prädilektionsstellen der diffusen Hautinfiltrate anbetrifft, so sitzen dieselben bei den hereditär syphilitischen Säuglingen vor allem an den Handtellern, Fußsohlen, dann an Gesäßbacken, Knien, ferner auf Stirn, Wangen und mit Vorliebe um den Mund. Nur bei außergewöhnlicher Ausbreitung finden wir dieselben auch an anderen Teilen des Körpers. Nach Hochsinger bleiben Hand und Fußrücken und die ganze Vorderfläche des Stammes bei den Säuglingen verschont. Bei dem einen der Savnikschen Fälle sind dagegen gerade die Vorderflächen der Unterschenkel befallen, die anderen beiden Fälle dagegen zeigen das Befallensein der auch beim Säugling üblichen Partien.

Unser Fall hat insofern noch eine besondere Bedeutung, als bei ihm die Umgebung des Mundes befallen war, also eine Partie, die beim hereditär syphilitischen Säugling als eine der Hauptprädilektionsstellen gilt.

Außerdem finden wir hier nach der Abheilung kleine radiär gestellte Narben, die nach Hochsinger „das einzig absolut charakteristische Symptom für hereditäre Syphilis ist. Wo daher diese narbige Beschaffenheit der Lippensäume im späteren Leben gefunden wird, dort beweist sie, daß das betreffende Individum in seiner frühesten Lebensperiode an manifester Hereditärsyphilis gelitten haben muß."

Sicher trifft dieser Satz für die meisten Fälle zu; unser Fall beweist jedoch, daß Ausnahmen auch hier vorkommen können.

Wir verfügen übrigens noch über einen weiteren Fall, ein junges Mädchen betreffend, bei dem radiäre Narben um den Mund herum, als Folge einer erworbenen Lues bestanden. Der angeführte Satz Hochsingers von der Beweiskraft der radiären Narben als sicheres Zeichen „ererbter" Syphilis gilt also nicht mehr.

Digitized by Google

Zusammenfassend kann man also sagen, daß 1. unzweifelhaft diffuse Hautinfiltrationen auch bei erworbener Lues vorkommen können; 2. daß auch die für Hereditärsyphilis charakteristischen Lippennarben bei der im späteren Leben erworbenen Syphilis beobachtet werden können.

Aus der Hautabteilung des Katharinenhospitals in Stuttgart.

Über Hautreize und deren Verwendung.

Von

Dr. Fr. Hammer.

(Schluß.)

Angewöhnung an äußere Reize: Außer der passiven und tätigen Abwehr äußerer Schädlichkeiten ist die Haut imstande, dauernd ihre Abwehrfähigkeit zu erhöhen, sich an bestimmte Schädlichkeiten zu gewöhnen, gegen sie unempfindlicher zu werden. Ich vermeide lieber das Wort Immunität, das man jetzt dafür gebraucht. Mit diesem Fremdwort verbinden sich leicht unklare Vorstellungen, die uns vergessen machen, daß solche Begriffe auch früher ohne Bakterien- und Serumforschung schon bestanden haben und sich nicht auf Infektionskrankheiten und bakterielle Ursachen zu beschränken brauchen.

Darauf macht auch Stein aufmerksam (Arch. f. Derm., 1909, Bd. 97) in einer sehr verdienstvollen Arbeit aus der Klinik von Jadassohn, dem wir soviel Anregung und Ausführung wissenschaftlicher Forschung zu verdanken haben. Sowohl nach Krotonöl- (Samuel) als nach Wärme- und Kältewirkungen (Fürst) entsteht für einige Zeit ein gewisser Grad von Überempfindlichkeit, die sich darin äußert, daß die Reaktion rascher eintritt. Dann aber auch von geringerer Empfindlichkeit gegen den Reiz, da die Schädigung nur einen geringen Grad erreicht. Fürst findet die ursächlichen Störungen nicht an den Blutgefäßen, sondern mit Werner (ebenfalls Stein l. c.) hauptsächlich durch Veränderung an den Parenchymzellen bedingt, im Sinne einer exzessiven Regeneration nach Weigert. Steins eigene Versuche mit Krotonöl, Chloräthyl und Kohlensäureschnee erwiesen nun, daß man durch allmählich steigende Konzentration Hautgewöhnung erzielen kann, auch wenn jede makroskopisch sichtbare Hautentzündung vermieden wird. Diese so erzielte Hautgewöhnung ist nicht spezifisch, sondern die behandelte Stelle kann auch anderen Reizmitteln gegenüber eine erhöhte Resistenz besitzen. Diese besteht aber gegenüber derjenigen Schädlichkeit am längsten, an welche die Haut planmäßig gewöhnt worden war. Der Angewöhnungsprozeß geht also auch hier ganz ähnlich, wie dies Bloch für die Trichophytie dargelegt hat, durch eine Umstimmung der Zellen vor sich.

Oppel (nach Stein l. c.) konnte sogar bei an Phosphor gewöhnten Kaninchen mikroskopische Veränderungen an den Leberzellen nachweisen, die als Schutzvorrichtungen gedeutet werden können. Außerdem wurden aber auch die Leberzellen durch die Phosphorvergiftung je nach ihrer

Digitized by Google

Lage früher oder später und in verschiedenem Grade geschädigt, und die überlebenden erzeugten also auch wehrfähigere Zellen. Roux hat einen solchen Grundsatz schon als „Teilauslese" 1881 festgestellt (M. m. W., 1920, S. 1104). Bei Nahrungsmangel bleiben unter den gleichwirkenden Zellen eines Organes die sparsamer lebenden Zellen länger am Leben und diese ersetzen dann die ausgefallenen Zellen durch widerstandsfähigere Nachkommen. Ähnlich wirkt die nähere oder entferntere Lage zu den Blutgefäßen. Diese Teilauslese wirkt immunisierend neben der Immunisation durch Immunkörper.

Bei der Röntgenbestrahlung ist eine Gewöhnung der Hautgefäße, die spätere Bestrahlungen abschwächt, nicht bekannt. Wetterer nimmt sogar eine Zunahme der Empfindlichkeit an.

Die Gewöhnung an innere und äußere Mittel ist für den Hautarzt eine geläufige Vorstellung. Sie zwingt uns bei der kranken Haut nach anfänglichen Erfolgen mit dem Mittel zu wechseln. Leider gilt aber die Gewöhnung nicht nur für die angegriffenen Gewebe, sondern auch für die angreifenden Erreger.

Dafür, was durch Angewöhnung erzielt werden kann, ist mir die Vorstellung einer sogenannten Feuerkönigin vor dem hiesigen ärztlichen Verein unvergeßlich. Dieselbe war imstande, in nächster Nähe unter unseren Augen mit einem glühenden Eisen ungestraft auf ihrer Haut hin- und herzufahren. Auch die Schmiede vermögen glühende Hufeisen anzufassen.

Ein Beispiel dafür war mir auch, daß während der Behandlung tiefgreifender Ulcera mollia durch fortgesetztes Ausstopfen mit flüssiger Karbolsäure auf Watte kräftige Epithelisierung erfolgte, die von dem Ätzmittel nicht mehr angegriffen wurde.

Sensibilisierung: Die Erkenntnis, daß bei dem Zustandekommen der Hautkrankheiten in den meisten Fällen in erster Linie Mikroorganismen in Tätigkeit sind, hat diese eine Zeitlang als die einzige Ursache erscheinen lassen. Jetzt ist uns aber die Vorstellung geläufig, daß die Anwesenheit eines Erregers im Körper noch lange nicht gleichbedeutend mit Krankheit ist. Der krankmachende Reiz muß eben auch wirklich von den Geweben an- und aufgenommen werden und sie müssen sich zu demselben in Beziehung setzen. Dies findet oft nur unter ganz besonderen und selten zutreffenden Umständen statt. Die Gewebe müssen für die Aufnahme des Reizes, wie man sagt, sensibilisiert werden. Wir kennen eine ganze Reihe von Krankheiten (Finger, W. kl. W., 1912, Nr. 1, S. 25 Jessionek), bei denen die Sensibilisierung durch Nahrungsmittel erfolgt, z. B. Buchweizen-, Kleekrankheit, Pellagra usw., bei denen die Hautkrankheit aber erst unter Einwirkung des Sonnenlichtes in Erscheinung tritt, so daß bei gescheckten Tieren nur die nichtpigmentierten Stellen erkranken. Schwerer erklärlich ist es schon, daß bei der Hydroa aestivalis nur kleinere Hautstellen unter dem Einfluß des Lichtes Pusteln bilden.

Haxthausen (Derm. Zschr., Bd. 35, S. 54) hat ähnliche Erklärungen für das unregelmäßige Auftreten der Jod- und Bromakne gegeben. Er weist darauf hin, daß Leute, die schon von vornherein zu Aknepusteln neigen, also Seborrhoiker, leichter ergriffen werden. Es erkranken auch die gleichen Stellen wie bei diesen. Die schon vorhandenen Staphylo-

Digitized by Google

kokken erzeugen die vermehrte Aknebildung unter dem Einfluß des Jodes oder Bromes. HAXTHAUSEN nimmt an, daß diese Halogene eine gewisse Quellung der Gewebe hervorrufen, so daß die toxischen, entzündungserregenden Produkte besser in das Gewebe vordringen können und so der Infektion den Boden bereiten. Wir können auch noch allgemeiner sagen, daß der Organismus einem gleichzeitigen Angriff von zwei oder mehreren Seiten leichter erliegt als einem einfachen. ARNING (Arch. f. Derm., Bd. 123, S. 236) hat nachgewiesen, daß Tätowierte, die Überempfindlichkeit gegen Hg besitzen, an den Zinnoberstellen Hg-Dermatitis bekommen. Bei Erkrankung an Syphilis bleiben diese Zinnoberstellen frei von Erscheinungen.

Die Rolle der Seborrhoe bei dem Entstehen von Hautkrankheiten darf noch viel mehr beachtet werden. Sie bestimmt bei syphilitischen Exanthemen die Ausdehnung und die besondere Erscheinungsform. Man sehe bei ungewöhnlichen Hautreizwirkungen, z. B. bei Hg- und Salvarsanexanthemen, immer nach der Kopfhaut, man wird meistens eine Kopfseborrhoe feststellen können. Auf die Seborrhoiker paßt auch die oben gegebene Beschreibung des Vasoneuritikers mit seiner erhöhten Entzündungsbereitschaft (s. a. HAMMER über Hautentzündung, Arch. f. Derm., Bd. 124, S. 696).

VÖRNER (Arch. f. Derm., Bd. 132, S. 428) nimmt auch für den Herpes zoster an, daß eine Nervenläsion das betreffende Hautversorgungsgebiet hochgradig für die Wirkung einer bläschenbildenden Ursache empfänglich macht, für deren Aufnahme sie natürlich von vornherein befähigt sein muß. So dürfte wohl auch der Arsenzoster zu erklären sein und dies würde dafür sprechen, daß dabei in erster Linie die Kapillaren beteiligt sind.

Sehr überraschend hat es gewirkt, daß sich sowohl der Herpes zoster wie der Herpes genitalis und Herpes febrilis (LIPSCHÜTZ, Arch. f. Derm., Bd. 136, S. 428) als auf die Kaninchenkornea übertragbar herausgestellt haben, daß also auch unter gewissen Umständen die Prädisposition entbehrt werden, die pyogene Ursache selbständig wirksam werden kann. Unverständlich bleibt dabei nur, daß die Erkrankung so umschrieben bleibt und gar nicht zu Ausbreitung neigt, was der Eigenart unserer gewöhnlichen Pyodermien nicht entspricht.

Juckreiz: Die fühlbaren Reizerscheinungen der Haut sind Schmerz und Jucken. Von letzterem nimmt man an, daß es von denselben Nervenendigungen ausgeht wie der Schmerz und nur eine eigenartige geringgradigere Erregung derselben bedeutet. Nach ROTHMAN (Arch. f. Derm., Bd. 139, H. 2, S. 227) ist die Juckempfindung eine Funktion des physiologisch und pathologisch einheitlichen Schmerzapparatkomplexes. Sie ist unabhängig vom Tast- und scheinbar auch vom Temperatursinn. Sie ist eine schwache protopathische Schmerzempfindung. Der Schmerz fällt mehr unter die allgemeine Pathologie. Was die Haut betrifft, so glaube ich, daß der Entzündungsschmerz fast immer unmittelbar mit der Wirkung der Entzündungserreger verbunden und nicht etwa in erster Linie durch Gewebsspannung verursacht ist. Wir sehen bei der örtlichen Betäubung, daß Gewebsspannung geradezu den Schmerz unterdrückt, während wir bei Hautentzündungen den Schmerz immer da finden, wo

Digitized by Google

die Krankheit fortschreitet, z. B. bei Erysipel, bei Ulcus molle. Der Schmerz beim vereiterten Bubo hört sogar auf, wenn man nach der Punktion Eigenblut in gleicher Menge einspritzt, also den Druck wieder herstellt.

Die Natur des Juckreizes ist in manchen Punkten noch nicht geklärt. In einer schönen Arbeit findet Sack jr. (Über die psychogene Komponente des Pruritus, M. m. W., 1922, S. 148) die Ursache des Pruritus in einer organischen Reizung der Nervenendigungen, die durch die vermehrte, ihnen zugewandte Aufmerksamkeit ins helle Bewußtsein tritt, und bei der die neurotische, willensgeschwächte Disposition eine Hauptrolle spielt. Sack hat dann auch folgerichtig Fälle, wo dieser Umstand im Vordergrund stand, erfolgreich mit Psychotherapie und Hypnose angegriffen und geheilt. Bei unserer letzten Zusammenkunft in Frankfurt habe ich auf das subjektive Verhalten gegenüber dem Juckreiz hingewiesen. Nur dadurch kann erklärt werden, daß der Juckreiz bei denselben Hauterkrankungen einmal hohe Grade erreicht und dann auch wieder fehlt, wie z. B. bei der Vesikulosis, der Psoriasis usw. Einzelne Hauterkrankungen, wie das Ekzem, die Neurodermitis, sind aber geradezu auf den Juckreiz begründet. Die Entzündungserreger beziehen durch das auf diese Weise veranlaßte Kratzen den mechanischen Reiz, den sie für ihre Entwicklung als notwendige Grundlage brauchen. Man möchte fast sagen, daß hier eine Absicht klar zutage liegt. Ausschluß des Kratzens bringt oft allein die Heilung zustande.

Es ist jedenfalls die so erzeugte Hyperämisierung mit verstärkter Flüssigkeitsdurchtränkung der Haut, die den Erregern bessere Haft- und Ausbreitungsbedingungen liefert. Der Reiz wirkt auch stark auf die Lymphbahnen, denn gerade das Kratzen führt, besonders bei Kindern am Kopfe und bei Prurigo der Extremitäten, ähnlich wie lebhafte Bewegungen zur Schwellung der betreffenden Drüsengruppen.

Verwertung der Reizlehre bei der Behandlung: Schon vor Jahren habe ich mir den Satz niedergeschrieben: Krankheitsbehandlung ist vielleicht nur die Anbringung genau abgewogener und abgestufter Reize. Wenn man davor setzt: Die Versorgung mit einem Schutz vor Reizen, so dürfte dies einigermaßen dem gegenwärtigen Stand der Auffassung über Behandlung entsprechen. Denn von der spezifischen Behandlung ist doch schon recht viel abgebröckelt, und was noch steht, wackelt auch ein wenig.

Wie wir gesehen haben, bewirken die Erreger das Zustandekommen einer Hautentzündung im Zusammenhang mit einer unterstützenden Reizursache. Sie sind in ihrem Bestande eine Zeitlang von dieser Mitwirkung durchaus abhängig, und die Heilung geht spielend vor sich, wenn es gelingt, diese erste Reizursache bald zu beseitigen. Erst allmählich passen sich die Eitererreger dem Nährboden und auch an die hier vorhandenen Reize an und diese Fähigkeit kann sich mit dauernder Erkrankung in unglaublicher Weise erhöhen, so daß die Prognose einer Pyodermie in hohem Grade von der Dauer ihres Bestandes abhängt.

Der Ausschluß von Reizen, der Abschluß von Reizen, die Ruhigstellung des entzündeten Teiles durchzuführen, ist, das wissen Sie alle, eine der allerschwersten und undankbarsten Aufgaben für den Hautarzt.

Digitized by Google

Wegen einer ihm so unbedeutend erscheinenden Erkrankung eine Einschränkung seiner Berufstätigkeit oder Lebensgewohnheiten vorzunehmen erscheint dem Kranken geradezu lächerlich. Sie wissen, wie sich der Mann mit Kragenfurunkulose, dem Sie seinen Hemdkragen absprechen, dreht und windet, um dieser Entwürdigung zu entgehen. Alles ist er bereit zu ertragen, nur nicht den Kragen wegzulassen, denn den hat er ja schon immer getragen. Es ist aber ganz sicher so wie ich ausgeführt habe, die immunisierenden Kräfte, deren Mitwirkung wir ja unbedingt brauchen, wirken vollkommen nur, wenn die Reizursachen sie nicht daran hindern.

Bei der Behandlung eitrig infizierter Wunden sind viele Dutzende von Heilmethoden empfohlen, aber keine allgemein angenommen worden. Nur darüber war man am Ende einig, daß unbedingte Ruhigstellung erfolgen müsse. Bier, Krecke, Ritter haben für die Wirksamkeit dieser Ruhigstellung Beispiele gebracht, die eigentlich alle früheren Ansichten von der Wundversorgung mit freiem Sekretabfluß usw. auf den Kopf gestellt haben. Dies wird nicht zuviel gesagt sein, wenn wir hören, daß man aus dem eiternden Kniegelenk die Drainröhren herausnahm und es dann für 8 Tage und länger eingipste ohne jedes Fenster. Dafür wäre man doch früher wegen Kunstfehlers vor Gericht gezogen worden, während hier dadurch die Heilung in Gang gebracht wurde.

Auch mir ist es jedesmal wieder eine neue Überraschung, wenn ich bei luft- und wasserdichtem Abschluß mit Ruhestellung den Verband 8 Tage und länger belassen habe, bis er vielleicht wegen des Gestankes, der von ihm ausgeht, gewechselt werden muß und ich unter einer Lage von schmierig-schleimigem, stinkendem Eiter die schönsten Granulationen und geradezu fabelhaft fortschreitendes kräftiges Epithel vorfinde. Der freie Abfluß der Eiterabsonderung erscheint also dann nicht nötig, wenn die mechanische Reizung der Wunde oder der entzündeten Hautstelle in Wegfall kommt, in welchem Fall aber dann der Eiter, wie man den Eindruck hat, geradezu eine günstige Wirkung auf die Wundflächen ausübt, vielleicht — darauf deutet der üble Geruch hin — durch die Entwicklung einer Antiflora. Bei blasenbildenden Entzündungen und Pustulosen erlischt unter dem Abschluß das Bestreben, sich nach der Tiefe zu verbreiten. Die ganze Entzündung wird zu einer Impetigo der obersten Epidermislage, die leicht zu heilen pflegt. Diese Impetigo breitet sich aber in dieser oberflächlichen Form auch manchmal unter dem Abschluß serpiginös weiter aus.

Beim Wegfall des mechanischen Reizes erlischt in der Wunde das Bestreben, die Eitererreger durch Granulations- und Epithelwucherungen einzukapseln und zu überwallen. Es bildet sich eine reinliche Scheidung aus zwischen dem Gesunden und Kranken, wie Sie bei der oberfächlichen Impetigo, vor allem beim Pemphigus — dessen Blase ja deshalb für steril gehalten wurde — schon in der ersten Abwehr erreicht wird und bei dem eingriffslos behandelten Furunkel so eindrucksvoll gesetzmäßig verläuft. Um auf diese Art einen Erfolg zu erreichen ist es aber nötig, daß der Verband unbedingt sicher und unverrückbar festsitzt. Die Verbandekzeme haben ihre Ursache in Reizungen durch den Verband infolge leichter Verschiebungen desselben in Verbindung mit

Digitized by Google

Feuchtigkeit und Austrocknung. Deshalb findet man die Reizungen so gern am Rande des Verbandes.

Wir lassen die Verbandstreifen deshalb sorgfältig vernähen und verschmähen auch Schienen und Armschlingen nicht, die die Chirurgen jetzt auch für kleine Verletzungen zur Verhütung der Eiterung empfehlen. Diesem Zweck dient auch ein Bogen, der die Berührung mit der Bettdecke aufhebt und unter dem man oft ohne jede Behandlung Heilwirkung erzielen kann.

Der Blutumlauf der Extremitäten ist aber auf Bewegung eingestellt, die Ruhigstellung hat also auch ihre Nachteile und muß, wenn die Heilung im Gange ist, durch planmäßige Bewegungen unterstützt werden, sonst erlangt die neugebildete Haut nicht die notwendige Geschmeidigkeit und Festigkeit.

Daß der Abschlußverband kein Allheilmittel ist, brauche ich vor Fachleuten wohl kaum zu betonen. Auch seine Wirksamkeit ist auf geeignete Fälle, die man erkennen muß, beschränkt, und oft genug geht es bei den chronischen, abgefeimten Pyodermien der Extremitäten fast auf keine Weise vorwärts und wir möchten noch mehr Behandlungsarten haben. Daß im Verein mit mechanischen Reizen anch die Wärme, die chemischen Reize, Feuchtwerden und Austrocknen, ja für die nichtbedeckten Hautstellen auch der Lichtreiz mit in Rechnung gezogen werden müssen, braucht hier nicht ausführlich betont zu werden. Hervorheben darf ich vielleicht, daß es bei Ekzem nicht die Wirkung der Feuchtigkeit an und für sich ist, die man fürchten muß. Sie schadet nur dann, wenn sie mit mechanischen Reizen zusammenwirkt. Bäder werden dabei ganz gut ertragen, wenn das Abtrocknen in Wegfall kommt. Ich erinnere an das Dauerbad.

Bei der Heilung von Rißbildungen an Händen und Füßen, hinter den Ohren, müssen die mechanischen Ursachen berücksichtigt werden, der Riß muß unter dem Abschluß gleichzeitig auseinandergehalten und ruhiggestellt werden, was nicht immer leicht ist, besonders nicht an den Mundwinkeln und am After. Durch die Ruhestellung wird auch die wohl an und für sich zur Heilung notwendige, aber über das Ziel hinausschießende Hyperämie mit ihrer vasomotorischen Unruhe gedämpft, die wir durch Reize, die mit der Behandlung ungewollt zur Wirkung kommen, oft steigern. Der Organismus kann sich auf die verschiedensten gegebenen Umstände, auf Nässe, Trockenheit usw. einstellen, nur muß ihm die Ruhe dazu verschafft werden, er will nicht unregelmäßig aus einer Gleichgewichtsstellung in die andere gebracht werden, sonst verliert er den guten Willen, die Heilung von sich aus zu besorgen. Nur in der Ruhe und Ungestörtheit entwickelt er seine Fähigkeit, dem sich in jedem Augenblicke ändernden Reiz des Angriffes genau abgewogene und abgestufte Gegenreize entgegenzusetzen.

Wir haben beim Dermographismus feststellen können, daß Schmerzgefühl schon von sich aus eine reflektorische Hyperämie zustande zu bringen vermag. Ähnlich ist offenbar auch der Juckreiz an und für sich, ohne das Kratzen, zu dem er Veranlassung gibt, die Ursache von Hyperämie.

Bei den juckenden chronischen Hautkrankheiten muß man immer in erster Linie an einen Abschluß denken, der das Kratzen verhindert

Digitized by Google

und diese Behandlung aber auch lange genug fortsetzen. Denn bei diesen Krankheiten haben wir es meist mit kleinsten miliaren Eiterherdchen in fester Umwallung und Verkapselung zu tun, so daß die umbildenden und abbauenden Heilungsvorgänge nur langsam weiterschreiten können, und aus den kleinsten Resten erneuert sich die Krankheit unter dem Einfluß des sofort wieder aufgenommenen Kratzens immer wieder. Die Beseitigung dieser kleinsten Reste ist aber selten erreichbar, da gegen Schluß dem Kranken die Behandlung viel lästiger ist als die Krankheit selbst. Und so vertraut er dem trügerischen Zustande, und nach einer längeren oder kürzeren Ruhe kommt dann die Fehlerlawine erst langsam, dann rascher wieder ins Rollen.

Das Vorhandensein von virulenten Erregern in solchen alten Erkrankungsresten im Bunde mit reizbarer Haut stellt wahrscheinlich auch das dar, was man eine schlechte Heilhaut nennt, wenn ich auch zugeben will, daß dabei auch „innere Sekretionen" eine Rolle spielen. Doch ist damit noch nicht viel anzufangen.

Häufig kehrt sich die Schutzwirkung in das Gegenteil um, aufsaugende Verbände halten nach kurzer Zeit das Sekret auf der Haut zurück und reizen dann durch ihre Verschieblichkeit; Pflaster, die nicht fest ankleben, wirken reizend und schädlich. Verbände, die in ihrer Mitte ganz gut wirken, reizen in ihren Randteilen.

Hervorrufung von Heilungsreizen: Ist durch Schutz und Ruhe die Heilung in Gang gebracht, so kommt dann häufig ein Punkt, wo die Heilung nicht fortschreitet und Bedürfnis zur Zuführung von Reizen entsteht. Sie wissen, daß bei Geschwüren der allerletzte Rest oft der Heilung besondere Schwierigkeiten zu machen pflegt. Hier fehlt es also an Reiz, der die Heilbestrebungen des Körpers anfacht. Wir sind in der Hautbehandlung gewöhnt, erst milde und schützend, und dann mit Reizmitteln vorzugehen. Ich stehe der Auffassung einigermaßen entgegen, als könnten wir bei der Hautbehandlung die feindlichen Erreger unmittelbar vernichtend angreifen. Ich glaube, daß dies in den wenigsten Fällen möglich ist. Die Eigenschaft der Haut als Schutzorgan für von außen kommende Schädlichkeiten kommt geradesogut auch den von ihr beherbergten Krankheitserregern zugute. Auch werden die stärkeren Reize, die wir durch die Behandlung setzen, leicht mehr dem Angriff der Entzündungserreger als der Abwehr nützen. Sicher ist es in der ganz überwiegenden Mehrzahl der Behandlungsformen, wie bei dem Licht, der Wärme, den Röntgenstrahlen usw., ein Reiz auf das Gewebe und die Blutgefäße, auf die sich die Heilwirkung gründet. Vielfach wird es darauf hinauslaufen, die Erkrankungsherde durch Schutz vor Reizen zum Abschwellen zu bringen, die Erreger an die Oberfläche zu locken und dann die Haut mit Reizmitteln anzuregen, daß sie dieselben ausstößt. So ist z. B. mein Plan bei der Aknebehandlung: Pflaster, Schutzpaste mit Zinnoberzusatz, die auch einen gewissen Lichtschutz bildet, dann zur Schälung Sublimatpaste (1—6%). Damit muß aber auch weitergemacht werden, bis der letzte Eiterherd abgestoßen ist.

Die Reizmittel wirken manchmal zu verschiedenen Zeiten bei derselben Krankheit ganz verschieden. Außerordentlich launenhaft ist vor allem die Psoriasis in ihrer Bereitwilligkeit, auf unsere Behandlung ein-

Digitized by Google

zugehen. Das eine Mal heilt sie spielend, das andere Mal mit aller Anstrengung nicht. So beschreibt BAER (Arch. f. Derm., 1921, Bd. 135, S. 51) zwei Fälle, wo erst auf Röntgenstrahlen Steigerung des Ausbruches und danach auf künstliche Höhensonne auffallend rasche Heilung eintrat. Bekannt ist, daß bei allgemeinen Psoriasisausbrüchen der Behandlungsreiz der Heilung entgegenwirkt. Gut trafen wir es neulich mit der Behandlung eines seit Kindheit bestehenden Vorderarmekzemes, wo auf Teer ein anaphylaktischer Blasenausbruch erfolgte, der rasche Sterilisation des Grundes und Heilung herbeiführte. Nach RICHET (M. m. W., 1917, Nr. 2) können sich die Mikroorganismen in weitgehendem Maße an die Wirkung von Substanzen gewöhnen, die für sie an und für sich toxisch sind. Er empfiehlt einen ständigen Wechsel mit den Antiseptizis. Man muß aber auch, wie ich hinzusetzen möchte, mit den Formen ihrer Anwendung wechseln.

Die Heilwirkung des Lichtes, ganz besonders aber die der Röntgenstrahlen, ist dadurch ausgezeichnet, daß sie keine augenblickliche Reaktion gegen den von ihnen gesetzten Gewebsreiz hervorrufen, also ungehemmt bis zu einer beträchtlichen Tiefe eindringen und eine lange Nachwirkung haben. Bezüglich der strahlenden Wärme hat ZONDEK (M. m. W., 1922, Nr. 16, S. 579) feststellen können, daß strahlende Wärme, wie wir sie mit Glühlampen anwenden, am besten vertragen wird und doch auch eine recht bedeutende arterielle Hyperämie bis zu ziemlicher Tiefe hervorbringt. Die Subkutantemperatur ließ sich um 4,7° steigern. Bei Bestrahlung vom Abdomen her wurden am Peritoneum 0,9, in der Vagina 0,4, am Rektum 0,3° Temperatursteigerung gemessen.

Innere Mittel. Unter den inneren Mitteln, die besonders auf die Haut wirken, nimmt wohl das Arsen die erste Stelle ein. Seine Wirkung ist ja anerkannt die eines Reizmittels für das Kapillarsystem, einer Hyperämisierung der Hautkapillaren. Wir benutzen es zur Heilung von solchen Hautkrankheiten, die auch sonst durch Hyperämisierung von außen angreifbar sind. Es ist begreiflich, daß die hyperämischen Kapillaren eines Psoriasis- oder Lichen-ruber-Herdes von dem Mittel früher angegriffen werden als die gesunde Haut. JADASSOHN (Ther. Mh., 1912) macht darauf aufmerksam, daß Arsen nur einigermaßen sicher auf Lichen ruber wirkt, und auch hier läßt es manchmal im Stich. Ähnlich ist es bei den Verrucae planae juveniles. Umgekehrt ist es bei der Psoriasis, wo nur einzelne Fälle entschieden günstig beeinflußt werden. Nach meiner Erfahrung sind dies frische, allgemein kleinfleckige Ausbrüche, bei denen man ja auch mit der örtlichen Behandlung zurückhält. Dagegen soll Arsen, nach JADASSOHN, auffallend günstig auf Psoriasis vulgaris palmaris et plantaris wirken, wie überhaupt die Wirkung des Arsen bestimmte Örtlichkeiten bevorzugt. Wir wissen ja, daß gerade an diesen Stellen sich Intoxikationserscheinungen des Arsen als erste einstellen. JADASSOHN hat hier auch richtige Reaktionen, wie die HERXHEIMERsche bei der Syphilis, beobachtet als Hofbildung um die Einzelblüten. Umgekehrt wird der Lichen ruber der Mundschleimhaut schlecht erreicht von der Arsenwirkung. Ich darf erwähnen, daß ich öfter als eine der ersten Erscheinungen von Arsenvergiftung neben Magenstörungen unruhigen Schlaf mit schreckhaften Träumen beobachtet habe. Die Haut-

Digitized by Google

erscheinungen auf den Gebrauch innerer Mittel lassen sich hier nicht ausführlich abhandeln. Sie bieten sehr wenig Gesetzmäßiges, dafür aber viel Unregelmäßiges und Unerwartetes sowohl in bezug auf die Auswahl der einzelnen als in bezug auf Vorliebe für eine bestimmte Örtlichkeit, aber auch bezüglich der toxisch wirkenden Menge des Arzneimittels und besonders auch der zeitweisen Verschiedenheit der Wirkung bei den einzelnen Kranken. Deshalb sollte man von eigentlicher Überempfindlichkeit oder Idiosynkrasie nur bei jenen Fällen sprechen, wo der ganze Organismus wie in einer Empörung gegen ein bestimmtes Mittel auflodert. Einen solchen merkwürdigen Fall von Überempfindlichkeit gegen Salvarsan habe ich gerade in letzter Zeit erlebt. Ein Herr mit Lues aus dem Jahre 1903 und weißen Epithelflecken an der Unterlippe, starker Raucher, WR ++++, SGR ++++, bekam eine Neosalvarsaninjektion von 0,45 und nach vier Tagen eine zweite von 0,6 mit 0,01 $HgCl_2$. Drei Tage später scharlachähnlichen Ausschlag, Fieber 40°. Spuren von Albumen, Kurzatmigkeit, Herzklopfen. Nach Verschwinden der Erscheinungen einen Monat später 0,15 Neosalvarsan. Danach Steigerung der Gesichtsröte, abends Schwellung der Mandeln und der Nackenmuskulatur, nachts Schmerzen und Steifigkeit in beiden Schultergelenken, Schmerz und Schwellung im linken Kniegelenk, welche Erscheinungen mehrere Wochen anhielten. Hg-Inunktionen vertrug er gut.

Zahlreiche Forscher haben sich in der letzten Zeit mit den Fragen der Hautimmunität, Überempfindlichkeit und Allergie beschäftigt. Die Urticaria ab ingestis konnte von Bruck durch das Serum passiv auf Meerschweinchen übertragen werden. Dagegen wurde bei Hg- und Jodoformidiosynkrasie durch Bloch erwiesen, daß überpflanzte Hautstückchen der Idiosynkratiker die Überempfindlichkeit innerhalb gesunder Haut bewahren. Hier haftet die Überempfindlichkeit also an den Zellen. (Bloch, Arch. f. Derm., Bd. 119, S. 367.)

Kreibich (Arch. f. Derm., Bd. 93, S. 59; Bd. 103, S. 138; Bd. 108, S. 41) hat viel über abnorme Hautempfindlichkeit gearbeitet. Er fand z. B. Überempfindlichkeit für mechanische und chemische Reizung am Rand von Vitiligo- und Leukodermaflecken, die selbst ungereizt blieben. In einem Fall von Verbrennung auf einer Seite konnte Kreibich auf der befallenen Seite auffallend starke Neigung zu Cutis anserina feststellen, was zu Ekzembereitschaft führte. Hierher gehört auch die Beobachtung, daß im Winter die von der Kälte herausgehobenen Follikel an der Streckseite der Extremitäten, besonders der Oberschenkel, unter dem Einfluß der Kleiderreibung zu ekzematösen Entzündungen führen.

In den meisten Fällen von Überempfindlichkeit ist langsame Angewöhnung möglich, bezüglich Hg gibt dies auch Kyrle zu (Arch. f. Derm., Bd. 113, S. 541) mit Ausnahme der Fälle, die schon auf kleine Dosen Hg mit starken Hauterscheinungen reagieren. Ich habe einen solchen Fall, der sowohl auf äußerliche als subkutane Anwendung von Hg mit Dermatitis und folgender allgemeiner Abschälung reagierte, dennoch so angewöhnen können, daß sich die Behandlung zu Ende führen ließ.

Was nun die Reizerregung durch innere Mittel zum Zwecke der Heilung anbetrifft, so sind wir damit ja erst in den allerfrühesten Anfängen. Trotzdem stürmt man im Galopp vor. Es regnet geradezu

Digitized by Google

von theoretischen Vorstellungen, wie die Wirkung zustande kommt, ehe das Vorhandensein dieser Wirkung noch unbefangen und vorurteilslos festgestellt ist. Wir sind noch lange nicht so weit, daß sich die Heilung als ein Rechenergebnis darstellt, wie Ehrlich gemeint hat. Die Hauptfrage ist immer noch: Hat das angewandte Mittel den gewünschten Erfolg oder nicht, und hier spielt leider immer noch sehr viel autistisch-undiszipliniertes Denken (Bleuler) mit.

Bei der Vakzinetherapie machen Hilgermann und Kranz (M. m. W., 1922, Nr. 6, S. 194) mit Recht darauf aufmerksam, daß man sich dabei jeder reizenden örtlichen Behandlung enthalten müsse, um dem Organismus nicht zu schaden.

Von allen Seiten wird darauf aufmerksam gemacht, daß es bei der Behandlung mit innerlichen Reizmitteln vor allem auf die Dosierung ankomme. — Es ist bis jetzt immer noch ein gewisser Glücksfall, wenn der Reiz da anpackt, wo wir es wünschen. Glücklicherweise kommt die erhöhte Reizbarkeit der Entzündungsherde zu Hilfe. Hier kann es aber leicht zu viel werden. Scholtz-Königsberg (Derm. Zschr., 1921, S. 127) faßt bei der „Protoplasmaaktivierung" die „Leistungssteigerung" als eine Einwirkung auf den gesamten Organismus und alle seine Zellen auf. Das ist sicher nicht der Fall, Humagsolan z. B. wirkt doch gewiß nur auf das Wachstum der Haare da, wo es gewünscht wird!

Döllken (M. m. W., 1922, Nr. 6, S. 185) legt großen Wert auf die gegenseitige Beeinflussung der dem Körper einverleibten Gifte und Proteinkörper, die einen Synergismus und einen Antagonismus bedeuten können. Es wird uns dadurch die außerordentlich verschiedene, bald günstige, bald vollständig wirkungslose Therapie mit parenteral einverleibten Reizmitteln verständlich, die offenbar auch von besonderen Eigenschaften des Blutes und der Gewebe des Einzelwesens abhängig sind.

Es herrscht in der ganzen Behandlung mit spezifischen Mitteln und mit Reizstoffen eine große Verwirrung und Unsicherheit. So soll Yatren sowohl bei intravenösem, subkutanem als innerlichem Gebrauch günstig wirken und obendrein den Körper wieder unverändert verlassen! Und von diesem selben Yatren werden jetzt zwei Todesfälle durch akute gelbe Leberatrophie gemeldet (Zieler, M. m. W., 1922, S. 664). Wir können also nicht viel mehr sagen, als daß es verschiedene kaum unter einen Hut zu bringende Reizstoffe gibt, mit denen sich in vereinzelten Fällen eine günstige, der Heilung förderliche Umstimmung der Haut erzielen läßt.

Erwähnen wollen wir noch, daß nach Köllner (M. m. W., 1919, S. 1109) Dosierungen des Tuberkulins, die auf eine Vermehrung der Schutzkräfte hinzielen, auch eine Zunahme der Allergie bewirken und damit Entzündungsherde, wie z. B. Augenekzem, ungünstig beeinflussen können. In letzter Zeit sucht man die vasomotorische Unruhe und Reizbarkeit, wie sie z. B. bei der rezidivierenden Urtikaria so auffällig in Erscheinung tritt, durch Kalziumpräparate herabzusetzen. Auch wir haben Afenil in solchen Fällen angewendet und in einigen Fällen Vorteil davon zu sehen geglaubt. Auffallend war in einem solchen Fall, wo Apenil versagte, daß Arsen diese beruhigende Wirkung ausübte. Beim Einnehmen von Arsen hörten die Anfälle auf und kamen wieder beim Aussetzen.

Digitized by Google

Die bei der Gonorrhoe, aber auch bei den Hautkrankheiten gemachten Erfahrungen sprechen dafür, daß die meisten Rückfälle von in schwer erreichbaren Schlupfwinkeln zurückgebliebenen Krankheitserregern ausgingen.

Ein eigentliches Unempfindlichwerden gegen Ansteckung mit dem gleichen Erreger kennen wir nur bei wenigen der Krankheiten, mit denen wir als Hautärzte zu tun haben. Dagegen läßt sich doch, z. B. bei der Gonorrhoe, nicht leugnen, daß nach der Heilung noch längere Zeit der Zustand einer gewissen Reizbarkeit zurückbleibt, der die Schleimhaut für die Wirkung von Eitererregern oder auch von Saprophyten überempfindlich macht und der vielleicht zum Teil die Erscheinungen des Nachtrippers erklärt. Die große Empfindlichkeit, die der Haut gegen alle möglichen Reize zukommt, rührt zum großen Teil daher, daß im Leben des Kulturmenschen eine Gewöhnung an diese Reize, eine Abhärtung gegen dieselben schwer zustande kommt. Die meisten Menschen sind darauf angewiesen, sich einen Ausgleich, einen Ersatz für die im gewöhnlichen Leben fehlenden abhärtenden Hautreize zu suchen. Vieles, wie Wasser-, Luft- und Sonnenbäder, wirkt unmittelbar auf die Haut, aber auch bei Muskelübungen turnt die Haut mit. Daß während der Heilung planmäßige Dehnung der Haut durch Bewegungen notwendig ist, habe ich erwähnt, sonst treten immer wieder hartnäckige Rißbildungen auf. So muß gegen Schluß der Behandlung immer wieder Abhärtung gegen die nicht zu vermeidenden Hautreize erfolgen. Wir benutzen dazu das kalte Wasser, das wir ohne Gebrauch von Handtuch trocken klopfen lassen. Wird dies ertragen, so fügen wir Sandabreibungen hinzu, um die Haut von Unregelmäßigkeiten der obersten Epitheldecke zu befreien, denn von den kleinen zurückbleibenden Ephithelrissen gehen die Ekzemrezidive aus. Ein vorzügliches Abhärtungsmittel der Haut sind Sonnenbäder oder ihr Ersatz.

Fachzeitschriften.

Archives of Dermatology and Syphilology.

Oktober 1921, Bd. 4, H. 4.

Pseudoxanthoma elasticum, von B. Thronr-Brooklyn und H. Goodman-New York. S. 419—447. Die Arbeit der Verff. ist eine kleine Monographie dieser seltenen Hauterkrankung. Sie selbst berichten über 2 Fälle, von denen einer genau beschrieben wird, und stellen 15 Fälle aus der Literatur zusammen, über die sie auch tabellarisch alles Wesentliche vermerken. Was den ersten ihrer eigenen Fälle anlangt, so handelt es sich um eine 39jähr. Frau von deutscher Abstammung, bei der das Leiden teilweise seit dem 4. Lebensjahre bestand. Von ihren Verwandten hatte eine Schwester ein gleiches Hautleiden ebenfalls seit dem 4. Lebensjahre gehabt. Diese war, was bemerkenswert ist, an Lungentuberkulose gestorben, die lebende Schwester (unser Fall) hatte eine Drüsenoperation hinter sich, und jetzt zeigten sich vergrößerte Mediastinaldrüsen bei der Röntgenuntersuchung. Betroffen war der ganze Umkreis des Halses, das innere Drittel beider Schlüsselbeingegenden, der obere Teil des Brustbeins, die Achsel- und die Ellenbeugengegenden von der Mitte der Oberarme bis zur Mitte der Vorderarme. Das klinische Bild entsprach dem der veröffentlichten Fälle, und die histologische Untersuchung — es fanden sich dabei weder Riesen- noch Xanthomzellen — bestätigte die Diagnose.

Digitized by Google

Spirochaeta-pallida-Färbung durch die Fontana-Tribondeau-Methode ohne zu erhitzen (Staining of Spirochaeta Pallida by the Fontana-Tribondeau Method. Elimination of Heat), von C. Fuentes-Havana. S. 448—450. Verf. empfiehlt beim Fehlen eines Dunkelfeldmikroskops seine Schnellfärbemethode, wobei er folgende Punkte hervorhebt. Fixation in heißem Alkohol ist nicht notwendig, sondern im Gegenteil eher schädlich. Die Ruehsche Lösung ist ausreichend zur Fixation einer Hämoglobinlösung, sie kann indessen durch eine H_2O_2 (3%)-Lösung mit Formalinzusatz ersetzt werden. Erhitzen der Tanninlösung zum Zwecke der Beizwirkung ist nicht wesentliche Bedingung. Ebenso braucht die Fontana-Lösung nicht erhitzt zu werden.

Ein Vergleich der Bestandteile der Trichophytienährböden mit besonderer Berücksichtigung der amerikanischen und französischen Rohmaltose (A Comparison of Ingredients of Ringworm Culture Mediums with Special Reference to American and French Crude Maltose), von F. D. Weidman und Th. M. Mc Millan-Philadelphia. S. 450—468. Die Pilzarten sind in ihrer morphologischen Differenzierung erheblich abhängiger vom Kultursubstrat als die Bakterien. Und daher kommt es, daß eine befriedigende systematische Einteilung bis jetzt fehlt. Die Sabouraudsche Einteilung berücksichtigt den klinischen, die Castellanische den morphologischen Standpunkt, aber letzteren nicht weit genug. Verff. besprechen ihre eigenen Erfahrungen bei Kulturversuchen der Trichophytiearten mit den in Frage kommenden Nährböden, wobei sie zahlreiche Abbildungen bringen, und kommen zu folgenden Schlußfolgerungen. Nur wenige Arten von Pilzen verlangen rohe französische Maltose und französisches Pepton zur Identifizierung. Bei vielen erfüllen amerikanische chemisch reine Produkte völlig ihren Zweck. Anders ist es bei den „maltoseempfindlichen" Organismen, wo wir bei dem augenblicklichen Stand des französischen Maltosemarktes auf den Glukoseagar angewiesen sind und eingeführtes französisches Pepton (Chassaing) benutzen müssen. Sehr zu wünschen wäre es, daß ein neuer Nährboden sich einheitlich zusammenstellen ließe, der in jeder Weise allen Bedingungen entspräche und mit dem man soweit wie möglich sich den Sabouraudschen Bildern nähern könnte.

Porokeratosis (Mibelli) mit Bericht eines Falles (Porokeratosis, Report of a Case), von C. S. Wright-Ann Arbor (Mich.). S. 469—489. Bei einem 40 Jahre alten Griechen, dessen Leiden etwa mit dem 1. oder 2. Lebensjahre aufgetreten, dessen Vater und Großmutter angeblich mit ähnlichem Leiden behaftet gewesen waren, und dessen fünftes, 9jähr. Kind warzenähnliche Erhebungen an einem Beine aufweisen sollte, zeigten sich hinter dem linken Ohr, am Vorderkopf, Nacken, an Händen, Hinterbacken, Hodensack, Füßen und Beinen etwa 20 erhabene verruköse Stellen, die an Größe von wenig Millimeter im Durchmesser bis zu Dollarstückgröße wechselten. Die Schlußfolgerungen sind folgende. 1. Die Porokeratosis ist ein bestimmtes klinisches und histologisches Erscheinungsbild, charakterisiert durch die Neigung, sich zu vererben. 2. Klinisch ist sie charakterisiert durch das Auftreten von erhabenen warzenähnlichen Stellen, die, wenn sie sich vergrößern, einen unregelmäßigen peripheren Wall und in der Mitte eine atrophische Einsenkung bilden. 3. Histologische Charakteristika sind: Akanthose und entzündliche Veränderung im Korium, der schnell Hyperkeratose mit Verstopfung der Schweißgänge und -Follikel folgen. 4. Das Leiden wird am besten unter die Gruppe der Naevi verrucosi eingereiht wegen des klinisch warzenähnlichen Charakters der Stellen, der epidermalen Hypertrophie, der Vererbungsneigung, der Nichtübertragbarkeit, der Dauer des ganzen Lebens hindurch, des Fehlens von entzündlichen Veränderungen, der gelegentlichen systematischen Anordnung und des Fehlschlagens der Strahlenbehandlung.

Immunitätsstudien bei experimenteller Syphilis. II. Spirochätizide Eigenschaften der Seren von latenter und experimenteller Syphilis mit einigen Beobachtungen von Immunität (Immunity Studies in Experimental Syphilis. II. Spirocheticidal Properties of Serums in Latent and Experimental Syphilis with Some Observations on Immunity), von F. Eberson-St. Louis. S. 490—511. Das Blutserum von Personen mit latenter Syphilis zeigte spirochätizide Eigenschaften. Mit solchen Seren behandelte Kaninchen wurden gleichförmig gegen Infektion mit virulenten Spirochaetae pallidae geschützt. Schutzbringende Eigenschaften wurden in den Seren von symptomlosen Personen mit latenter Syphilis gefunden, aus deren Vorgeschichte z. B. hervorging, daß die Infektion mit Syphilis 3—25 Jahre zurücklag; daß eine Behandlung bis zum negativen Ausfall der WR stattgefunden hatte; ferner bei einer Anzahl von Pat. mit negativer Anamnese, die keine Behandlung erfahren hatten und die eine leicht positive WR mit dem üblichen Cholesterinantigen aufwiesen. Spirochätizide Aktivität der Seren

Digitized by Google

von latenter Syphilis ist geeignet, der normalen Ausbreitung der Spirochäten vom Primärherd aus vorzubeugen. Wie die Infektionsversuche mit Mischungen von Serum und Spirochäten auf Kaninchen fehlschlugen, so teilten auch die Übertragungsversuche mit dem Blut von solchen Tieren dieses Schicksal. Beim Versuchstiere kann spirochätolytisches Serum im Verlauf von sechs Monaten bis zu einem Jahre nach der Infektion auftreten. Beim Kaninchen wie beim Menschen werden schutzbringende Substanzen zu der Zeit gefunden, wo die Infektion ein verhältnismäßig latentes Stadium erlangt hatte: das Vorhandensein dieser Substanzen in gegebenen Seren hängt anscheinend vom Alter der Infektion ab. Wenn endgültige Latenz eingetreten ist, so scheint das Serum gegen experimentelle Überimpfung zu schützen, wohingegen das Serum von Fällen mit frischer Syphilis oder solchen, wo wirkliche Latenz nicht eingetreten ist, nicht spirochätizid wirkt. Spirochätizide Aktivität ist wesentlich eine Funktion der Zeit und hängt von dem Grade ab, bis zu dem der betreffende Körper sich herausgearbeitet und die sich langsam anhäufenden Antikörper verteilt hat. Das Serum von Latenzsyphilisfällen, die als solche endgültig bestätigt sind, kann von therapeutischem Werte sich erweisen. Verf. verweist auf zahlreiche Arbeiten, auch deutscher Autoren, die aber, soweit der Ref. sie kennt, nicht zu derart eindeutigen Befunden gelangt sind.

Refraktometrische Studien bei Menschensyphilis mit besonderer Berücksichtigung der Veränderungen während der Behandlung mit Arsphenamin und Neo-Arsphenamin (Refractometric Studies in Human Syphilis with Special Reference to Changes During Treatment with Arsphenamin and Neo-Arsphenamin), von K. Tokuda-Philadelphia. S. 512—525. Schwere Infektionen oder akute Intoxikationen sind von Zunahme des Globulins im Serum begleitet. Es wurden refraktäre Studien an 32 Fällen von unbehandelter Syphilis vorgenommen — nach der Methode von Robertson. Die Befunde von Rowe, daß besonders bei Fällen von florider Sekundärsyphilis eine bemerkenswerte Zunahme in dem refraktiven Index des Serums und auch der Globuline stattfinde, wurden bestätigt. Der refraktive Index vom Serum ist am höchsten in den sekundären, am niedrigsten in den kongenitalen Fällen, dazwischen liegen die tertiären Fälle. Die Zahlen für die Gesamtproteine, Albumine, Globuline und den relativen Gehalt von Globulinen sind etwas höher im sekundären als im tertiären Stadium, etwas niedriger als letztere sind die Zahlen für kongenitale Syphilisfälle. In bezug auf die WR vor der Behandlung zeigen die stark positiven Fälle höhere Werte von Gesamtproteinen, Albuminen, Globulinen und relativem Gehalt von Globulinen als die schwach positiven Fälle. Während einer Behandlung mit intravenösen Einspritzungen von Arsphenamin (0,4—0,6) und Neo-Arsphenamin (0,9), jedes Mittel in wöchentlichen und halbwöchentlichen Abständen gegeben, zeigten die refraktometrischen Untersuchungen (vor jeder Einspritzung gemacht) folgende Ergebnisse. Eingeteilt nach der Art des Ausfalles der WR der Seren vor der Behandlung, sind sie nicht feststehend oder stark genug, um Unterscheidungen zwischen den stark und den schwach positiven Seren aufstellen zu können. Hinsichtlich der Zwischenräume zwischen den Einspritzungen zeigen die relativen Werte von Globulin eine schnellere Abnahme bei Arsphenamin als bei Neo-Arsphenamin (wöchentlich gegeben). Während halbwöchentlichen Behandlungsperioden sind die Veränderungen ungefähr die gleichen. Eingeteilt nach dem Grade der Resistenz der Pat. gegen die antisyphilitische Behandlung, wie sie sich bei wiederholten Wassermannschen Untersuchungen zeigte, wurde beobachtet, daß, wenn die WR sich hartnäckig positiv verhielt, der refraktive Index, der Prozentsatz der Gesamtproteine und der relative Gehalt an Globulinen in den Seren geringe oder keine Neigung zeigte, unter die ursprünglichen Werte herabzufallen.

Streptokokken-Dermatosen (Streptococcic Dermatoses), von E. D. Chipman-San Francisco. S. 526—533. Verf. bespricht Impetigo, Ekthyma, Intertrigo und Faulecken als einfache und Impetiginisationen und infektiöse ekzematöse Dermatitiden als zusammengesetzte Streptokokkeninfektionen, sowie die chronischen Formen der Impetigo. Er schließt sich der Ansicht an, die Unna vertritt, daß mit der Zeit verschiedene Stämme von Streptokokken als Erreger der verschiedenen Impetigoarten sich darstellen lassen würden, und hält es für wahrscheinlich, daß dies auch bei Ekthyma, Intertrigo und anderen Dermatosen der Fall sein wird.

November 1921, Bd. 4, H. 5.

Poikiloderma atrophicans vasculare (Jacobi, d. Ref.), mit Bericht über einen Fall von Dr. Ormsby-Chicago (Poikiloderma Atrophicans Vasculare with Report of a Case by Oliver S. Ormsby M. D. Chicago), von J. E. Lane-New Haven, Conn. S. 563

Digitized by Google

bis 585. Von dieser seltenen Erkrankung waren bislang 12 Fälle veröffentlicht, und zwar 9 in der deutschen, 2 in der französischen, 1 in der russischen Literatur. Die Ätiologie ist bis jetzt unbekannt, auch die Gruppierung noch nicht sichergestellt. Es handelt sich um eine sich umfänglich und weit ausbreitende, gewöhnlich in der Jugend beginnende Hautveränderung, die von gelindem Jucken begleitet ist und als ihre Haupterscheinung gleichzeitig Erweiterung feinster Gefäße, Pigmentation und später kleinste Hämorrhagien und Atrophie aufweist. Sie ist häufig mit mehr oder weniger vorübergehender Röte und Ödem der Augenlider und mit Teleangiektasie und leukoplakieähnlichen Erscheinungen der Mundschleimhaut vergesellschaftet. Histologisch lassen sich zwei Stadien unterscheiden: ein entzündliches und ein atrophisches. Das erstere ist gekennzeichnet durch perivaskuläre Rundzellen, Infiltrationen und Erweiterung der oberflächlichen Gefäße und abwechselnde Zunahme und Verminderung oder Fehlen von Pigment; das andere durch Flachwerden der Papillen, Entartung und Zerstörung des elastischen Gewebes, Schwund des Kollagens. Leider fehlen die histologischen Abbildungen, während die makroskopischen in trefflicher Weise die berichteten Fälle illustrieren.

Klinische und histologische Bilder von bestimmten Arten von Hauttuberkulose (Clinical and Histologic Features of Certain Types of Cutaneous Tuberculosis), von F. Wise und D. L. Satenstein-New York. S. 586—608. Von den verschiedenen Formen der disseminierten Tuberkulose der Haut werden die klinischen und histopathologischen Bilder von zwei verschiedenen Arten in den Hauptpunkten zusammengefaßt, nämlich des Lupus miliaris disseminatus faciei und der papulonekrotischen Tuberkulose. Wennschon in der dermatologischen Literatur nicht selten miteinander verwechselt, handelt es sich bei beiden Leiden dennoch um völlig verschiedene klinische und histopathologische Bilder, wie auch durch zahlreiche makroskopische und mikroskopische Abbildungen gezeigt wird. Während die Pathogenese des Lupus miliaris disseminatus faciei wahrscheinlich gleich ist der von den anderen Lupusformen, so ist noch viel zu ergründen in bezug auf die der papulonekrotischen Tuberkulose. Im Lichte des augenblicklichen Standes unseres Wissens und als das Ergebnis von zahlreichen Arbeiten und Versuchen ist es berechtigt anzunehmen, daß das letztere Leiden so gut wie das erstere von tuberkelbazillärer Natur ist, daß heißt eine papulonekrotische Tuberkulose.

Morbus Darier beim Kinde (Darier's Disease in the Infant), von J. A. Borghoff-St. Louis. S. 609—615. Es wird über die Darier'sche Krankheit mit Schleimhautbeteiligung bei einem 27 Monate alten Jungen berichtet. Erbliche Belastung war nicht zu erweisen.

Refraktometrische Studien an den Seren von normalen Kaninchen bei Behandlung mit intravenösen Arsphenamin- und Neo-Arsphenamineinspritzungen (Refractometric Studies with the Serums of Normal Rabbits Receiving Intravenous Injections of Arsphenamin and Neo-Arsphenamin), von K. Tokuda-Philadelphia. S. 616 bis 621. Diese Arbeit bringt die Fortsetzung der im vorigen Hefte veröffentlichten Versuche. Wenn weiblichen Kaninchen starke Dosen von Arsphenamin oder Neo-Arsphenamin in wöchentlichen Abständen intravenös verabfolgt wurden, so wurde eine zeitliche Abnahme des refraktometrischen Index des Serums infolge einer Verminderung des Prozentgehaltes der verschiedenen Proteine festgestellt; es folgten unregelmäßige Bewegungen in den Kurven mit einem schließlichen Rückgang auf annähernd die ursprünglichen Werte. Wurden therapeutische Dosen von einem der beiden Mittel gegeben, so zeigte sich eine Neigung zur Abnahme des refraktiven Index mit einer Zunahme in dem relativen Globulingehalt. Wenn die Werte in häufigen Zwischenräumen nach einer einzelnen therapeutischen Gabe von einem der Mittel geprüft wurden, so wurde ein Abfall in dem refraktiven Index des Serums $^1/_2$ Stunde nach der Injektion vermerkt. Der relative Gehalt an Globulin zeigte einen anfänglichen Abfall mit einer Neigung während der ersten auf die Injektion folgenden Tage zu steigen. Im allgemeinen waren die durch Arsphenamin hervorgerufenen Veränderungen stärker als bei Anwendung von Neo-Arsphenamin, vielleicht wegen der größeren Flüssigkeitsmengen, die dabei eingespritzt wurden. Diese Frage erfordert aber weitere experimentelle Prüfung.

Experimentelle Arbeit über Blutstickstoff bei Psoriasis (Experimental Work on Blood Nitrogen in Psoriasis), von R. C. Jamieson-Detroit. S. 622—632. Es bestehen keine eindeutigen Beziehungen zwischen der Hautaffektion und der Harnsäure und der Gesamtmenge der Reststickstoffe des Blutes; ähnliche Ergebnisse zeitigten die Untersuchungen hinsichtlich des Harnstickstoffs.

Digitized by Google

Die Behandlung der Psoriasis (The Treatment of Psoriasis), von R. L. Sutton-Kansas City. S. 633—635. Bei nicht akuten Fällen: erst autogene Kolonvakzine subkutan, gegebenenfalls intravenös; dann Behandlung mit 20%igen Chrysarobinverbindungen, zum Schluß Arsenkur.

Das Psoriasisproblem (The Problem of Psoriasis), von Ph. Kilroy-Springfield, Mass. S. 636—638. Innere Behandlung ist nutzlos, da es sich mit Wahrscheinlichkeit um einen noch unbekannten äußeren Erreger handelt. Verf. empfiehlt wiederholte Behandlung mit alkoholischer Lösung von Milchsäure + Essigsäure + Salizylsäure + Formalin + Sublimat (schwach).

Beobachtungen mit einer neuen Methode von Röntgenstrahlenbehandlung bei Psoriasis (Observations on a New Method of Roentgen-Ray Therapy in Psoriasis), von O. H. Foerster und H. R. Foerster-Milwaukee. S. 639—659. Verff. haben die von Klingmüller inaugurierte und von Walter Brock in Kiel veröffentlichte Methode der Behandlung von Psoriasis vermittels Röntgenbestrahlung der Thymusdrüse an 23 Fällen nachgeprüft und teilweise gute Erfolge damit erzielt.

Die Erscheinungen an der Haut bei endokriner Störung (The Dermatologic Symptoms of Endocrine Dysfunction), von P. E. Bechet-New York. S. 660—670. Kurzer Überblick über Geschichte und Tatsachen der Endokrinologie. Da sich Störungen der endokrinen Drüsenfunktion nicht selten zuerst an der Haut (Haaren, Nägeln usw.) in Form von anatomisch-physiologischen Pigmentveränderungen usw. zeigen, so ist es für den Dermatologen wichtig, alle diese Tatsachen zu beherrschen und gemeinsam mit den anderen Zweigen der Medizin an der Klärung der zum Teil noch strittigen Beziehungen mitzuarbeiten, dabei die richtige Mitte zwischen ablehnend konservativen Anschauungen und begeisterter allzu schneller Zustimmung haltend. Verf. stellt dann alles zusammen, was bis jetzt bekannt oder gemutmaßt ist über Beziehungen zwischen Störungen der verschiedensten innersekretorischen Drüsen und den Veränderungen an Haut, Haaren usw. Er betont, daß diese Übersicht den Gegenstand nicht voll erschöpfen kann, und daß noch viel zu ergründen und richtigzustellen ist.

Die Röntgenbehandlung der Acne vulgaris (The Roentgen-Ray Treatment of Acne Vulgaris), von H. H. Hazen und F. J. Eichenlaub-Washington. S. 671—679. Die Anwendung der Röntgenstrahlen befriedigt sehr bei der Mehrzahl der Fälle, indem die Erfolge schneller und dauerhafter als wie irgend einer anderen Behandlungsmethode sind. Es muß indessen mit Nachdruck daran erinnert werden, daß die Röntgenstrahlen Schaden anrichten können, und daß man sich außerordentlich davor hüten muß, eine Erythemdosis zu geben.

Der infektiöse Ursprung des Pruritus anogenitalis (The Infective Origin of Anogenital Pruritus), von I. M. Winfield-Brooklyn. S. 680—684. In über 90% aller Fälle von wirklichem Pruritus anogenitalis wurde entweder der Kolonbazillus oder der Streptococcus faecalis kulturell nachgewiesen. Bei diesen Fällen wurde in 90% Heilung oder Besserung dadurch erzielt, daß die Pat. mit einer aus diesen Kulturen hergestellten Vakzine behandelt wurden. Epidermophytieinjektion kann in der Anogenitalgegend einen ziemlich ähnlichen Pruritus hervorrufen.

Mitteilungen aus der Literatur.

Syphilis.

b. Pathologie und Klinik.

Zur Statistik des syphilitischen Primäraffekts am männlichen Genitale, von Reinhold Kirschbaum. Diss., Klinik Rille, Leipzig 1921. 2519 Beobachtungen der Klinik aus den Jahren 1896—1920 einschließlich. Auf 100 Initialsklerosen kommen 4,7 Extragenitale und 95,3 Genitale. Unter 100 Fällen von primärer Syphilis finden sich 68,2, die nur eine einzige Sklerose aufweisen, während die übrigen 26,7 multiple Primäraffekte betreffen. Von letzteren sitzen nur in 43,2% der Fälle die Sklerosen an einem engbegrenzten Bezirk, während in 56,8% die Affektionen an den verschiedensten Punkten zu finden sind. Drei Fälle mit distal-multiplem Schanker zeigten gleichzeitig an extragenitaler Stelle Primäraffekte, an Oberlippe, Hand und Tonsille. In 3 Fällen bestand Oedema indurativum, ohne daß eine eigentliche zirkumskripte Sklerose irgendwo festzustellen war. Der Sitz der 2519 Sklerosen ist aus einer Tabelle ersichtlich. F. Weiler-Leipzig.

Digitized by Google

Über ungewöhnlich lokalisierte extragenitale Primäraffekte, von O. Müller-Recklinghausen. (D. m. W., 1922, Nr. 24, S. 803—804.) Mitteilung von einem Fall mit Primäraffekt an der Nase und zwei Fällen von solchem am Daumen.
F. Harry-Berlin.

Über sekundäre und tertiäre Syphilis der Vagina und Vaginalportion, von Theodor Roth. Diss., Klinik Rille, Leipzig 1921. Die sekundären syphilitischen Erscheinungen in der Vagina kommen äußerst selten vor und geben sich in der Form von makulösen und besonders papulösen Syphiliden zu erkennen, wie Rille mehrfach beobachtet hat. Die tertiären Manifestationen an der Vagina kommen selten allein vor, meist stehen sie im Zusammenhang mit gleichen Erkrankungen an der Vulva, am Uterus und den benachbarten Gebilden. Es ist das isolierte Gumma von dem ulzerierten Typus zu unterscheiden. Ersteres bricht frühzeitig durch und wird zu einem mehr oder weniger charakteristischen Geschwür; die zweite Form führt zur Bildung von Fisteln und Strikturen. Beide Formen geben sich weder durch Schmerzen noch durch Ausfluß zu erkennen. Ungleich häufiger als die Vagina wird die Cervix von sekundären und tertiären syphilitischen Erkrankungen befallen. Die Syphilis tritt, abgesehen von der umstrittenen Form der Erosion, im sekundären Stadium in der Form von makulösen, papulösen und ulzerösen Syphiliden auf. Das letztere gibt sich durch profusen gelben Ausfluß zu erkennen. Die tertiären Erscheinungen der Cervix treten gewöhnlich als Gummen in Erscheinung, welche später in Nekrose und Geschwüre zerfallen. Sie sind unempfindlich und verursachen keine Schmerzen. F. Weiler-Leipzig.

Vitiligo und Syphilis, von H. F. W. Hopf. Diss., Klinik Rille, Leipzig 1921. Statistische Übersicht über die seit 1898 mit Vitiligo an der Leipziger Hautklinik behandelten 69 Patienten (55 männlich, 14 weiblich). Bei 44 Patienten war nicht der geringste Anhaltspunkt für luetische Infektion. 2 Fälle sind unsicher. 23 Fälle zeigen deutlich Zeichen von Syphilis. Die WR war in 54 Fällen nicht angestellt, in 10 Fällen war sie positiv, in 5 negativ, Spirochäten wurden in 4 Fällen nachgewiesen, von denen bei 2 Fällen die WR positiv war, in den beiden anderen nicht ausgeführt wurde. In 13 Fällen bestand eine deutliche Vitiligo bereits vor dem Primäraffekt, in den 10 andern war über das zeitliche Verhältnis der beiden Krankheitsbilder nichts Genaueres festzustellen. F. Weiler-Leipzig.

Aortitis luetica, von Hermann Hohnholz. Diss. Rostock 1919. Acht Fälle der Rostocker Klinik. Die Zeit von der Infektion bis zum Auftreten subjektiver und objektiver Krankheitserscheinungen betrug 2 bis 22 Jahre. F. Weiler-Leipzig.

Bemerkungen über die Diagnose der Nervensyphilis (Observations on the Diagnosis of Neurosyphilis), von Irving H. Pardee-New York. (New York m. J., 1922, Bd. 115, Nr. 9.) Hinweis auf die Häufigkeit der Nervensyphilis und den Wert der Lumbalpunktion für die Diagnose und den Gang der Behandlung.
E. Levin-Berlin.

Wichtigkeit der Erkennung und Behandlung der Nervensyphilis im Frühstadium der Infektion (Importance of Recognising and Treating Neurosyphilis in the Early Period of the Infection), von John A. Fordyce-New York. (Am. J. m. sc., März 1921, Nr. 3, S. 313ff.) Ausführliche allgemeine und klinische Darlegungen. Der Ausgangspunkt für spätere Nervenlues liege in einer Erkrankung des Nervensystems bereits in der Frühperiode. Das Befallensein brauche sich klinisch nicht bemerkbar zu machen und werde häufig erst durch die Lumbalpunktion aufgedeckt. Bisweilen treten Symptome unter oder kurz nach intensiven Kuren mit Arsphenamin und Quecksilber auf. Neben der intravenösen käme bei ihm seit 7 Jahren mit angeblich gutem Erfolge die intraspinale Therapie zu ihrem Recht. E. Sklarz-Berlin.

Encephalitis und Myelitis im Frühstadium der Syphilis während der Salvarsanbehandlung, geheilt mit Quecksilber und Salvarsan, von Werther-Dresden. (D. m. W., 1922, Nr. 14, S. 443—444.) Verf. teilt 3 Fälle mit, die während der Salvarsanbehandlung an Enzephalitis und Myelitis erkrankten und dann durch Kalomel und Salvarsan wieder geheilt wurden. Alle drei Kranken wurden einige Wochen später einer Salvarsannachkur unterzogen, die sie reaktionslos vertrugen. Dadurch glaubt Verf. den Beweis geliefert zu haben, daß die Enzephalitis und Myelitis dieser Fälle nicht durch eine Salvarsanvergiftung bedingt waren. Auch eine Salvarsanfestigkeit der Spirochäten durch zu kleine Gaben lag nicht vor. Am wahrscheinlichsten ist die Annahme, daß durch Salvarsan das Auftreten eines Exanthems und damit die Bildung von Antikörpern verhindert wurde. Infolgedessen steigt die Virulenz der Spirochäten und erzeugt Neurorezidive während der Behandlung. F. Harry-Berlin.

Digitized by Google

Über Phlebitis hepatica syphilitica. (Zugleich ein Beitrag zur Frage des Salvarsantodes), von C. Hart. (Virch. Arch., Bd. 237, H. 1/2, S. 44—62.) Bei einer 52jähr. Pat. mit starken Kopfschmerzen, schwach pos. WR und stark pos. Nonne im Lumbalpunktat tritt am dritten Tage nach der zweiten Injektion von Neosalvarsan 0,6 — erste 0,3, sieben Tage vorher — der Exitus ein, nach vorhergegangener längerer Bewußtlosigkeit. Die Sektion ergibt schwerste diffuse Purpura cerebri mit roter Erweichung der Brücke, teilweise auch der Stammganglien. Starke Gefäßinjektion der harten und namentlich auch der weichen Gehirnhaut. Die Leber zeigt makroskopisch keine Besonderheiten. Mikroskopisch zeigen sich intraazinär gelegene, an das periportale Gewebe heranreichende submiliare und miliare Granulome. Diese bestehen aus einem helleren Zentrum aus Epitheloidzellen mit hellen, blasigen Kernen, an das sich eine verschieden breite Zone von mono- und polynukleären Eosinophilen mit spärlichen kleinkernigen Rund- und Plasmazellen anschließt. Am Rande dieser Zone liegt ein schmaler Saum von in Zellen eingeschlossenem feinkrümeligem, bräunlichem Pigment. In verschiedenen Granulomen zeigt das Zentrum unregelmäßig bizarr gestaltete Riesenzellen, ohne Ähnlichkeit mit dem Langhans-Typus, teils auch beginnende Nekrose ohne richtige Verkäsungsbilder. Die Gefäßveränderungen, die ausschließlich die Sublobular- und Zentralvenen betreffen, bestehen teils in hochgradigen, fibrös hyalinen Wandverdickungen und Durchsetzung des Lumens von fibrösen Zügen verschiedener Breite, teils in Durchsetzung der Wände mit kleinen einkernigen Rundzellen und polynukleären Eosinophilen. Verf. nimmt an, daß sich in der Leber auf dem Boden abgelaufener Prozesse in den Venenwandungen ein frischer syphilitischer Entzündungsherd im Anschluß an eine Salvarsaninjektion gleichsam durch Spirochätenmobilisation entwickelt hat, also eine Herxheimersche Reaktion, wobei er unter HR nicht nur hyperämische Zustände, sondern ausgesprochen entzündliche Vorgänge verstanden wissen will. Da aber im Gehirn und seinen Häuten sich weder ältere Prozesse noch entzündliche Veränderungen feststellen ließen, so ist hier nicht ohne weiteres eine HR anzunehmen, sondern zunächst eine erste Kapillarschädigung vielleicht durch Überschwemmung des Körpers mit Spirochätengift infolge der ersten Salvarsangabe, und eine zweite, in diesem Falle verhängnisvolle, durch die erneute Salvarsangabe infolge der kapillarschädigenden Arsenwirkung. G. Assmann-Kiel.

Besondere Krankheitserscheinungen der Lues cerebrospinalis, nachgewiesen an zwei Fällen aus der Universitäts-Nervenklinik der Charité zu Berlin, von Erich Lehmann. Diss. Berlin 1920. Während bei dem ersten Fall (42jähr. Schleifer) es sich lediglich um Symptome von seiten des Gehirns handelt, weisen die Erscheinungen des zweiten Falles (20jähr. Arbeiter) auf eine Erkrankung des Rückenmarks.

F. Weiler-Leipzig.

Nervenlues mit schwerer Kehlkopfkrise; Tracheotomie (Neurosyphilis with Severe Laryngeal Crisis: Tracheotomie), von John W. Leitch. (Brit. m. J., 17. Juni 1922, S. 949.) Bei einem Patienten traten so erhebliche Atembeschwerden auf, daß eine Tracheotomie notwendig wurde. Der sonstige somatische und serologische (WR in Blut und Liquor positiv, Goldreaktion im Sinne einer starken Lues-cerebri-Kurve) Befund ließ die Diagnose, um so mehr als keine lokalen Veränderungen von erheblicher Bedeutung aufgedeckt werden konnten, auf kortikal ausgelöste Nervenkrisen stellen.

E. Sklarz-Berlin.

Tagesgeschichtliche Mitteilungen.

Die Versammlung Südwestdeutscher Dermatologen findet am 14. und 15. Oktober in Frankfurt a. M. statt. Themata: Bloch-Zürich und Meirowsky-Köln, Jetziger Stand der Pigmentfrage; Müller-Mainz, Wismutbehandlung der Syphilis.

Der nächste Kongreß der Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia wird vom 14. bis 16. Dezember in Rom stattfinden.

Gestorben: Dr. Arthur J. Harris, gewesener leitender Arzt der dermatologischen Abteilung am St. Johns Hospital in London. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

14. Oktober 1922 | Nr. 41 | Band 75

Sektionsbefund bei einem klinisch geheilten Leprafall.

Von

Dr. Paul Unna und Dr. Alfred Plaut in Hamburg.

Mit 2 Abbildungen im Text.

I. Klinischer Teil (Unna).

Fälle von Lepraheilungen sind im Laufe der Jahre nichts Seltenes geworden. Die früher allgemein aufgestellte und unwidersprochene Behauptung, daß die Behandlung der Lepra aussichtslos sei und an eine Heilung nicht gedacht werden könne, hat sich überlebt, und heute geben die besten Leprakenner die Heilungsmöglichkeit zu. Das Verdienst, unter Hinweis auf eine größere Reihe eigener geheilter Fälle auf diese Möglichkeit immer wieder hingewiesen und dadurch die Ärztewelt zum energischen Vorgehen gegen diese Volksseuche angeregt zu haben, gebührt meinem Vater P. G. Unna[1]). Heute ist der Kampf gegen das Dogma der Unheilbarkeit nicht mehr so aussichtslos, wie zur Zeit der ersten Leprakonferenz in Berlin. In der Literatur der letzten Jahre vor dem Kriege wurde u. a. von Heiser[2]), Alberto Serra[3]), Engel Bey[4])[5]), H. P. Lie[6]), Sakurane[7]), M. Rudolf[8]) über Heilungsmöglichkeit, bzw. geheilte Fälle berichtet. Es ist eine bekannte Tatsache, daß in Leprałändern es eine Anzahl von Spontanheilungen gibt. In einer erst kürzlich (1921) erschienenen Arbeit von Alfredo de Magalhaes[9]) wird über einen 62jährigen Mann berichtet, der, aus lepröser Familie stammend, von seinem 15. bis zu seinem 22. Jahre an Lepra mixta mit Knoten und Geschwüren gelitten hat und durch Bäder geheilt wurde. Seit 40 Jahren

[1]) Der erste Fall von Lepraheilung wurde von meinem Vater, P. G. Unna, auf dem vierten Kongreß für innere Medizin in Wiesbaden 1885 vorgestellt. — [2]) I. Heiser-New York, Die neueren Fortschritte in der Behandlung der Lepra. New York m. J., 12. II. 1916. — [3]) Alberto Serra, Antileprol in der Leprabehandlung. Lepra, 1913, Bd. 14, S. 63. — [4]) Engel Bey, Zur Behandlung der Lepra mit Antileprol. II. Leprakonferenz. — [5]) Engel Bey, Kann man dem Antileprol eine spezifische Wirkung auf die Lepra zuerkennen? Arch. f. Derm., 1911, Bd. 110. — [6]) H. P. Lie, Über die Behandlung der Lepra. II. Leprakonferenz, 3. Band der Verhandlungen. Ambr. Barth, Leipzig 1910. — [7]) K. Sakurane, Die Heilung der Lepra. M. Kl., 1908, Nr. 8. — [8]) M. Rudolf, Beitrag zur Nastinbehandlung der Lepra. Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1913, Bd. 17. — [9]) A. de Magalhaes-Porto, Kann Lepra spontan heilen? Derm. W., 1921, Nr. 32. — [10]) P. G. Unna, Heilung eines Falles von Lepra tuberosa. Mh. f. pr. Derm., 1885, Erg.-Heft, Leprastudien. Unna, Sobre la therapeutica de la Lepra. Revista especial de ophthalm., dermat., sifil y affekt. urin., Madrid 1888, Nr. 127. Unna, Zur Behandlung der Lepra. D. M.-Ztg., 1897, Nr. 34. Unna, Über die Pathologie und Therapie der Lepra. Intern. Kongreß Lissabon u. Mh. f. pr. Derm., Bd. 42, S. 603; ferner Lepra, Bd. 6, Nr. 3.

Digitized by Google

ist kein neues Symptom der Erkrankung mehr aufgetreten. Solche Fälle haben für den erfahrenen Leprakenner nichts Wunderbares, denn man erlebt bei der großen Mehrzahl der Leprafälle, selbst bei den schwersten spontane Remissionen geringeren oder stärkeren Grades. Aufs eindringlichste hat H. P. Lie die Heilbarkeit der Lepra auf der Bergener Leprakonferenz 1910 gepredigt: „Die Lepra ist aber eine heilbare Krankheit, und jeder Versuch, uns diesem Ziele der sicheren Heilung dieser Krankheit näher zu bringen, wird daher immer auf das größte Interesse rechnen können." Und weiter: „Der Fall aber zeigt, daß die Lepra eine heilbare Krankheit ist, und dem, was die Natur erreicht hat, muß die Wissenschaft nie aufgeben nachzustreben, denn es ist erreichbar." Derselbe bedeutende Leprologe hatte allerdings bei derselben Gelegenheit über einen Fall von scheinbar geheilter Lepra berichtet, bei dessen Sektion er in den Nerven noch gut färbbare Bazillen nachweisen konnte, obgleich keine klinischen Symptome mehr bestanden. Der Fall, welcher Gegenstand vorliegender Arbeit ist, bietet ein Analogon. Die entschiedenen Verneiner der Lepraheilung zogen damals daraus den Schluß, daß es sich um einen Übergang von Haut- auf Nervenlepra handele, um eine sogenannte kosmetische Heilung. Da eine experimentelle Übertragung mit Lepramaterial auf den Menschen einwandfrei noch nicht geglückt ist, läßt sich der Gegenbeweis natürlich schwer führen. Engel Bey, welcher in der oben erwähnten Arbeit diese Frage kritisch behandelt und die bisher beschriebenen Spontanheilungen anzweifelt, verlangt für eine ideale Heilung außer der Rückbildung und dem Stationärbleiben des Prozesses noch, daß die erkrankten Organe ihre Funktionstüchtigkeit wiedererlangen, daß Nervenlähmungen bzw. Anästhesien sich zurückbilden, und berichtet selbst über drei Fälle, wo schwer geschädigte, ja völlig paralytische Nerven und Muskeln wieder zu funktionieren begannen. Dieser Heilungsdefinition können wir uns im allgemeinen anschließen, wenngleich wir auch die Fälle als geheilt ansehen, welche unter Bildung einer oft funktionsuntüchtigen Narbe ausheilen. Was den vierten Punkt betrifft, so sehen wir gar nicht selten sehr weitgehende Rückbildungen von Anästhesien und Lähmungen durch geeignete Behandlung eintreten.

Betrachten wir nun unseren Fall, so werden wir sehen, daß er zu der ersten Kategorie von Heilungen bzw. Stillstand der Krankheit gehört, und nicht zu den Idealheilungen im Sinne von Engel Bey. Da der Fall infolge interkurrenter Erkrankung zur Sektion kam, konnten wir feststellen, inwieweit die Bazillen aus der Haut verschwunden waren.

Pat. M. Fl., 59 Jahre, Pförtner (Seemann), 11. III. 1914, Lepra.

Anamnese: Mutter 1872 an Pocken gestorben, Vater 1885 an Schädelbruch, 7 Geschwister gesund, 2 klein gestorben. 1872 Pocken, 1878—79 Malaria, 1892 im Frühjahr Schanker, Ausschlag auf dem Rücken, kleine rote Flecke (Syphilis). Schmierkur, Flecke verschwanden. 1901—02 nochmals Schmierkur. 1904 Gelenkrheumatismus in Hinterindien. Rückkehr nach Deutschland, bei einer Reederei in Hamburg beschäftigt. 1909 entstanden am rechten Fuß Geschwüre, „durchgescheuert", durch Rhinosalbe geheilt. 1910 zwischen den linken Zehen Geschwüre, dann „ging ein Knochen aus der kleinen Zehe heraus".

Im Eppendorfer Krankenhause mit Salvarsan behandelt, Heilung der Wunde. Weihnachten 1911 brach der Fuß wieder auf, 1912 Fuß „erfroren", es wurden 2 Zehen

Digitized by Google

(große und zweite Zehe) abgenommen. Operation absolut gefühllos, ohne Anästhetika gemacht. Nov. 1912 mit geheilten Füßen entlassen. Seit Weihnachten 1912 Verschlechterung. Ende Dez. verbrühte er sich die letzten 3 Finger der linken Hand. Mittelfinger der rechten Hand hat sich „verfüllt"; das letzte Glied ging heraus, ohne daß Pat. etwas merkte. Ende Dez. Krätzekur. Befund im Eppendorfer Krankenhaus am 27. III. 1911: Sensibilität für spitz und stumpf an beiden Unterschenkeln bis zum Knie stark vermindert, in den unteren Dritteln der Oberschenkel unsicher. Temperaturunterscheidungsvermögen an den Füßen herabgesetzt, bis zu den Knien unsicher. Motilität intakt. Hypotonie der Beine. Lagegefühl intakt. Intentionstremor. Grobe Kraft rechts und links gut. Stereognostischer Sinn etwas unsicher. WR im Blut +++. Salvarsanbehandlung. 30. IX. Geschwür geheilt. Gebessert entlassen.

6. III. 1913 Wiederaufnahme in Eppendorf.

Diagnose: Lepra. In der Haut der Unterarme sind auf Beugeseite und Rückseite Knötchen eingelagert. Haut des ganzen Körpers rauh, Kratzeffekte. Juckreiz stark. An der Volarseite des rechten Fußes ein großes Geschwür, gangränös, stark riechend, auf der Dorsalseite eine Narbe. Am linken Fuß fehlen große und zweite Zehe. Großes Ulkus vom Zehengrund an auf der Fußsohle. Der linke Unterschenkel ist bedeutend stärker als der rechte, Haut schuppend, kein Ödem. Über der rechten Kniescheibe eine gut fünfmarkstückgroße gangränöse Stelle (infolge Verbrennung (?)). In der linken Leistenbeuge Drüsenknoten. An der linken Hand auf der Ulnarseite eine längliche etwas mit Schorf bedeckte Narbe, ebensolche an den Dorsalseiten der 3 letzten Finger. Achselhöhlendrüsen geschwollen. Mittelfinger rechts geschwollen, an der Spitze ein Ulkus; Beugung der Gelenke erschwert. In der Ellenbeuge ein zehnpfennigstückgroßes Ulkus. Über der Glabella eine bräunlich verfärbte, mit der Spitze nach oben zeigende Hautstelle, ebenso 2 größere über beiden Augenbrauen. Haut darüber glatt. Einige pigmentlose Flecke auf der Schulter. Innere Organe o. B. Sensibilität: Berührung überall außer auf Mittelfinger gespürt. Spitz und stumpf nur am Thorax vorn und an der Nase unterschieden, sonst unsicher, an den Extremitäten gar nicht. Heiß und kalt an der Ohrmuschel, linken Nasenseite und an den Infraklavikulargruben deutlich unterschieden. An den Extremitäten absolut kein Unterscheidungsvermögen für kalt und warm.

Aus der Eppendorfer Krankengeschichte geht noch hervor, daß Pat., nachdem er mit annähernd normalen Temperaturen am 6. III. 1913 aufgenommen war, einer Nastinbehandlung in steigenden Dosen unterworfen wurde. In Abständen von wenigen Tagen bekam er von 300 mg Nastin ansteigend.

Etwa 14 Tage nach den ersten Injektionen bekam er hohe Temperaturen bis 39,4, welche nach Aussetzen der Injektionen nicht gänzlich wieder verschwanden. Im Urin war weder Zucker noch Eiweiß vorhanden. Bald darauf trat eine starke Entzündung im linken Knie auf. Am 16. V. wurden breite seitliche Inzisionen des Kniegelenks gemacht unter Drainage des Knies. Vom 29. V. bis 21. VI. bekam Pat. zuerst täglich 3mal 0,5, später 3mal 0,2 Jodkali. Von Anfang Juli ab annähernd normale Temperaturen. Am 21. VII klinische Untersuchung durch Professor Brauer und Professor Deycke. 5 ziemlich große, erhabene, gerötete Knoten am rechten Vorderarm.

WR im Blut, Komplementbindung. Alt-Tuberkulin + M. St. R. ++++. Albumin ++++. Fett, Lipoid —, Tuberkulonastin —, Nastin Deycke. Vom 25. VII. an täglich steigende Injektionen von M. St. R. von 1 — 30 mg. Pat. bekam am 31. Tage ein Ödem des Gesichts und des Mundes, Kopfschmerzen und starke Kreuzschmerzen, sowie eine akute hämorrhagische Nephritis. In den nächsten Tagen kam dazu eine leichte endokarditische Reizung mit Verbreiterung des Kor nach rechts, sowie eine Bronchopneumonie mit pleuritischer Reizung, die erst in 3 Wochen abheilten.

Am 26. IX. wurde wieder eine Serie von M. St. R.-Injektionen gegeben, diesmal sehr langsam ansteigend. Es traten keine Temperatursteigerungen ein. Vom 9. XII. 1913 bis zum März 1914 wurde keine Allgemeinbehandlung mehr gemacht. Pat. gibt an, daß an den großen Knoten eine entschiedene Erweichung und Verkleinerung zu sehen gewesen sei. Jedoch sind noch sämtliche Knoten und Flecken vorhanden, ja es sind einige neue Knoten am rechten Arm dazugekommen.

Pat. wurde am 11. III. 1914 in die Klinik von Prof. Unna aufgenommen.

Status: 11. III. 1914 Klinikaufnahme.

Ernährungszustand im allgemeinen gut; Lungen. Herz frei.

Urin: Spuren Albumen, ohne Zucker.

Zähne schwärzlich, leidlich.

Digitized by Google

Nase (Befund Dr. ENGELMANN). Septum infiltriert, im übrigen ist die Nase mit dicken Krusten bedeckt, die die Untersuchung vorläufig unmöglich machen. Kehlkopfschleimhaut leicht gerötet, daselbst nur Anzeichen von chronischem Katarrh. Bazillen-

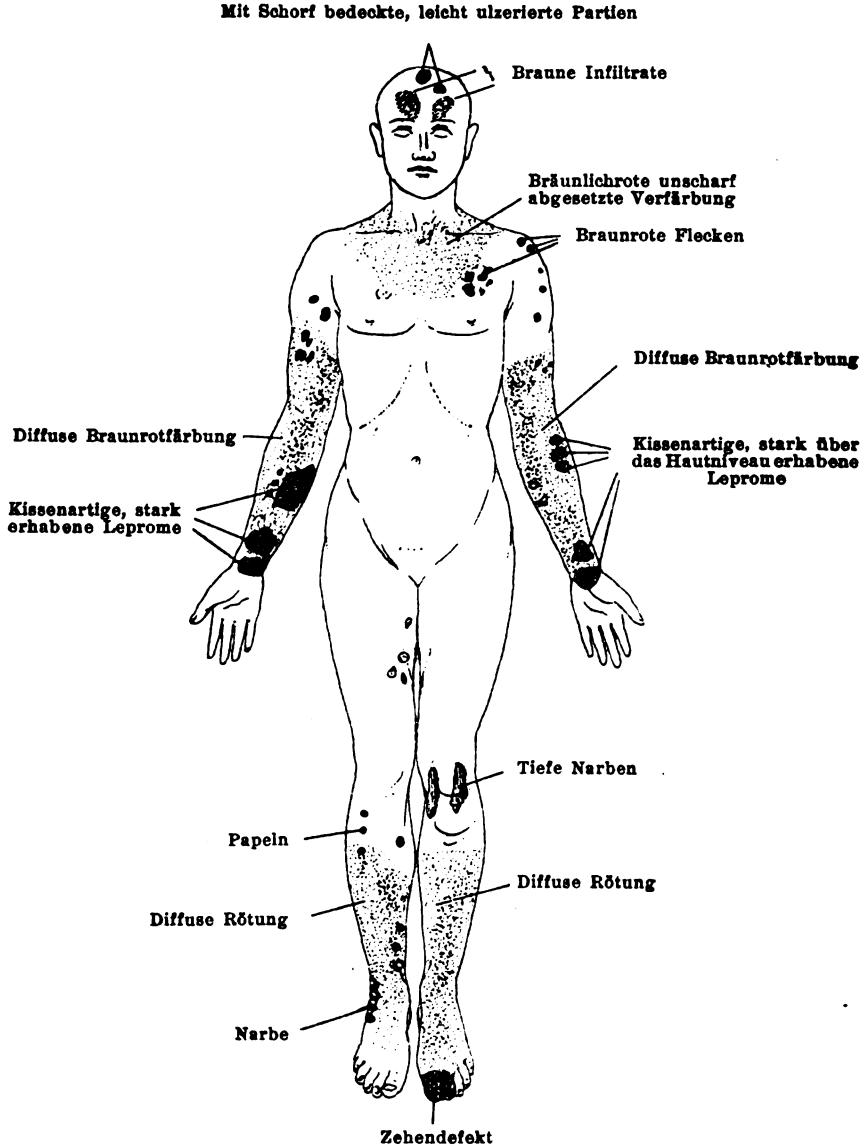


Abb. 1.

befund +++. Hautstatus siehe Schemata. Den auffälligsten Befund stellen die kissenartig geschwollenen, harten Leprome der Arme, besonders der Unterarme dar, die auf einer diffus rot gefärbten Basis aufsitzen mit scharf abfallendem Rande. Die Stirn und die Brust sind bräunlich rot verfärbt. Am übrigen Körper sind zahlreiche Leprome

Digitized by Google

und Flecke wahllos verteilt (s. Abb.). Das linke Knie ist operativ ankylosiert, am linken Fuß sind 2 Zehen entfernt. Die Haut des linken Unterschenkels ist glatt, atrophisch, oben blaß, unten zyanotisch.

Nervenstatus: Pupillen different, beiderseits etwas verzogen. Rechts größer als links, Lichtreaktion und Konvergenzreaktion +, Augenbewegungen normal, Fazialis

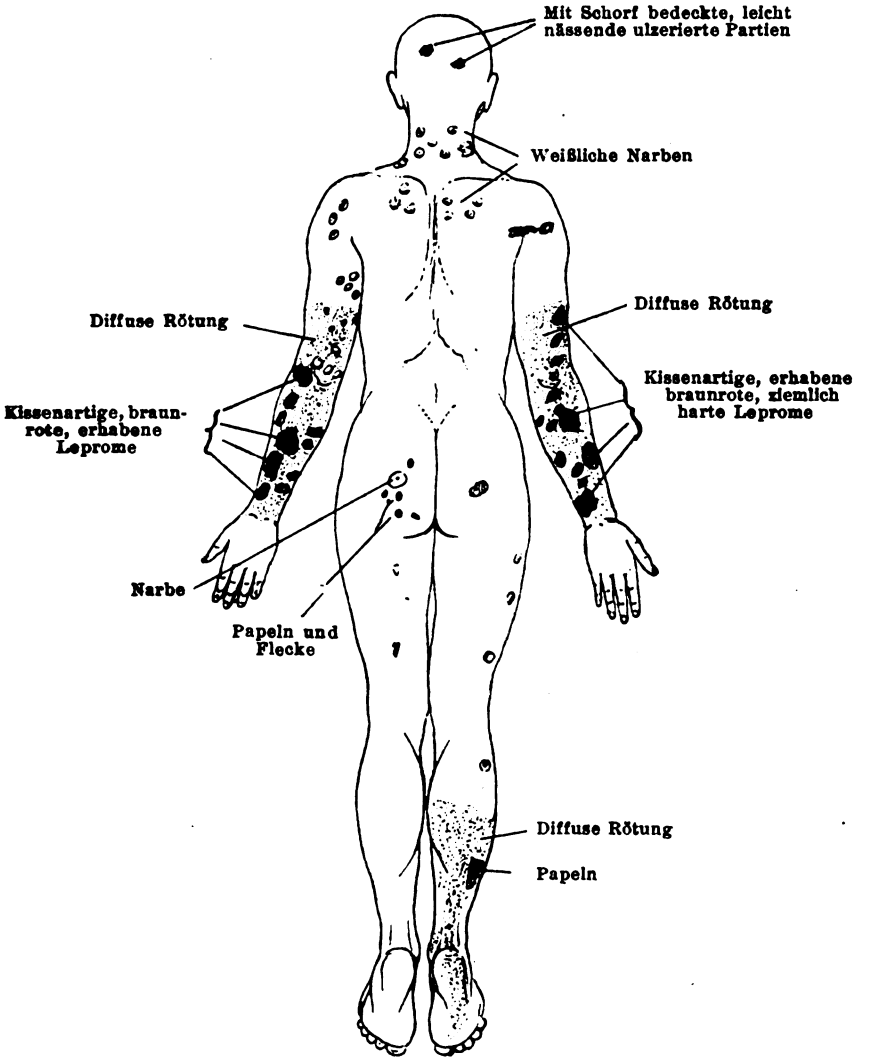


Abb. 2.

rechts = links. Stirn und Augenäste gelähmt, Runzeln der Stirn und Schließen der Augen unmöglich. Bizeps-, Trizeps- und Vorderarm-Periostreflex vorhanden, Bauchdeckenreflexe schwach, Kremasterreflex nicht auslösbar, Achillessehnenreflex rechts schwach, links sehr schwach. Patellarreflex rechts lebhaft, links nicht auslösbar.

Digitized by Google

Motilität: Beugung und Streckung der Oberarme o. B. Mittelfinger beiderseits in beginnender Krallenstellung, Andeutung von Affenhand durch Atrophie der Interossei. Diese ist besonders deutlich zwischen Daumen und Zeigefinger, dementsprechend Spreizen und Schließen der Finger sehr schwach. Handdruck rechts sehr schwach, links noch leidlich.

Rohe Kraft an den Unterextremitäten, soweit sie nicht durch Ankylose am linken Knie beeinträchtigt ist, verschwunden. Pinselberührung im Bereich der Flecke im Gesicht undeutlich, sonst gut. Kornealreflex vorhanden. Spitz und stumpf auf Nase und Stirn nicht unterschieden. Pinselberührung an Außenseite des Oberarmes nicht empfunden. An den Armen wird spitz und stumpf nur an der Innenseite zuweilen unterschieden. Die Knoten und Flecke sind sämtlich anästhetisch. Unterschied zwischen warm und kalt auch am Rumpf nicht deutlich wahrnehmbar.

Pinselberührungen werden auf Brust und Bauch richtig lokalisiert. An Beinen Pinselberührungen überall empfunden, außer vom unteren Drittel abwärts beiderseits. Spitz und stumpf nicht unterschieden. Lagegefühl überall intakt.

Stereognosie an Ober- und Unterarm und Ober- und Unterschenkel leidlich richtig (aufgeschriebene Zahlen leidlich richtig angegeben).

In den Händen werden Gegenstände nicht erkannt.

Haut: Die Knoten an den beiden oberen Extremitäten sind besonders stark ausgebildet. Sie erheben sich sehr stark, etwa $^1/_2$—1 cm hoch aus der gesunden Umgebung. Die umgebende Haut ist völlig gesund. Die bazilläre Einlagerung betrifft die Kutis selbst. Die Kutis allein wird dadurch enorm aufgetrieben zu einem gelblichen, durchscheinenden, harten, schwer eindrückbaren Gewebe. Die gelbe Farbe tritt rein erst diaskopisch hervor. Gewöhnlich ist die Farbe bräunlich und spielt ins Violett durch hindurchschimmerndes Blut. Die einzelnen großen ovalären Knoten, welche einen Umfang von Erbsengröße bis zu einem Durchmesser von 6 : 3 cm haben, sind meistens getrennt, konfluieren selten, und bedecken hauptsächlich die Streckseiten der Vorderarme. An den Streckseiten der Oberarme setzen sich die Knoten unter beständiger Abflachung fort. Die weitere Fortsetzung geschieht beiderseits auf dem Schultergürtel, wo die Serie der Knoten sich gleichsam zu einem Halsband vereinigt.

Der ganze Rücken ist frei. Am Gesäß und an den Oberschenkeln sind nur wenig, am Kopf, besonders am Scheitel, sind etwa $^1/_2$ Dutzend Knoten. Die Gesichtshaut ist relativ glatt. Einige braune Flecke finden sich auf Stirn und Gesicht verteilt, aber keine Knoten, und besonders keine zu Leontiasis führende allgemeine Hypertrophie, außer einigen unbedeutenden Verdickungen an der Nasenwurzel. In typischer Weise kombiniert sich die Abwesenheit von echter Leontiasis mit starker Ausbildung von reinen Kutislepromen der Extremitäten sowie mit der Abwesenheit von Lepriden und von subkutanen Lepromen am übrigen Körper. Es ist, soweit er die Haut betrifft, ein reiner Fall von Kutislepra.

Therapie: Ol. gynocardiae innerlich steigend. Nasensalbe: Ichthargan-Resorzinsalbe. Exzision eines Knotens am rechten Vorderarm ergibt massenhaft blaue (Viktoriablau-Safranin-Methode) Bazillen.

1. IV. Befund wie oben. Auf dem Kopf hat sich Pat. einige kleine Rhagaden eingekratzt. Darauf Kampfergynokardguttaplast. Injektion von reinem Ol. gynocardiae. Exzision von 2 wallnußgroßen Knoten an dem rechten Vorderarm.

14. IV. Pat. nimmt täglich in steigenden Dosen Gynokardöl. Die Wunden auf dem Kopf sind nahezu geheilt. Nasenuntersuchung (Dr. Engelmann) ergibt: Rechts Septum infiltriert, verbogen. Links Septum-Erosion. Linkes Septum infiltriert auf Nasenboden übergehend. Untere und mittlere Muschel stark infiltriert.

18. IV. In Kokainanästhesie Septumexzision. Geringe Nachblutung. Vaseline und Resorzin-Ichthargan-Nasensalbe. Pyraloxin-Augentropfen. Gynokardinjektionen.

21. IV. Unter dem operierten Fuß Schmerzen und gerötete Stelle. Salizylkreosotguttaplast. Die Stellen am rechten Vorderarm heilen unter Zinkschwefelpaste und Ichthyolumschlägen rasch. Neuerdings Ichtharganpaste und darüber feuchter Verband. Rasche Zuheilung der vorher etwas luxuriierenden Granulationen.

2. V. Revision der Nase durch Dr. Engelmann. Befund gut. 22. VIII. Vakzination. 28. VIII. Alle Pocken sind gut aufgegangen. 2 wurden zur histologischen Diagnose exzidiert (diese 2 Impfstellen wurden auf kleine Leprome gemacht). Es fanden sich in den Impfpusteln massenhaft Leprabazillen. 31. VIII. Mattigkeit, Kopfschmerzen, Fieber. Auf der Stirn entwickeln sich in den nächsten Tagen 5 hochrote Knoten. Behandlung mit Ichthyol pur. 14,5. Im Nasenschleim keine Leprabazillen. Vordere Hälfte der

Digitized by Google

mittleren Muschel und verdächtige Schleimhaut von der hinteren Hälfte entfernt (Dr. Engelmann). Die Behandlung besteht jetzt in Kampfer-Gynokardölinjektionen, Ol. gynocard. innerlich bis 100 Tr. pro die. Einfetten der Nase, Pyraloxinaugentropfen. Unter dem linken Fuß (Metakarpophalangealgelenk) ein kleinhandtellergroßes tiefes Ulkus mit unterminierten Rändern, wird abwechselnd mit Karbol und Jod behandelt. Verdickte Hornschicht der Umgebung wird mit Salizylpflaster und dem Messer geschält. Sehr langsame Besserung trotz mehr als sechsmonatiger Behandlung. Rechts ein pfennigstückgroßes flaches Ulcus unter der großen Zehe.

Im weiteren Verlauf des Krieges wurde die Kur wie oben fortgesetzt. Gynokardöl war leider von 1916 bis Mitte 1918 nicht mehr zu erhalten. Das Ulcus unter der rechten Großzehe heilte unter Salizyl-, Pyrogallol- und Gynokardölpflastern relativ schnell ab. Das Ulkus unter dem linken Fuß blieb hartnäckig bestehen und heilte sehr langsam. Zur Zeit (Mai 1919) ist die betreffende Stelle mit einer dicken Borke bedeckt. Seit März 1917 klagte Pat. über ein merkwürdiges Gefühl in beiden Augen. Die Sehkraft ließ von da ab langsam nach, wurde immer geringer, bis schließlich der jetzige Zustand fast völliger Erblindung eingetreten war. Pat. hat nur noch schwache Empfindung eines Lichtscheins. Januar 1918 wurde von Professor Franke im St. Georger Krankenhaus eine Operation an beiden Augen vorgenommen, ohne daß die Sehkraft wesentlich zunahm. Eine Untersuchung des Nasensekrets Mitte März 1919 ergab wieder zahlreiche Leprabazillen. (Die Nasenbehandlung war längere Zeit hindurch gänzlich ausgesetzt gewesen.) Von da ab täglich Salbenbehandlung der Nase mit Pyrogallol 1 : 10,0, Acid. salicyl. 2,0, Ung. camphor. ad 100. Regelmäßige mikroskopische Untersuchungen ergaben ein schnelles Verschwinden der Bazillen aus den Schleimhautabstrichpräparaten. Seit Ende April 1919 sind keine spezifischen Stäbchen mehr nachweisbar. Behandlung wird fortgesetzt.

17. V. 1919. Entlassungsbefund: Pat. soll, da ausgeheilt, ins Werk- und Armenhaus (Versorgungsanstalt) verlegt werden.

Haut: Sämtliche Stellen der ehedem bestehenden Knoten sind in glatte atrophische Narben umgewandelt. Auf Bauch, Brust und Rücken sind diese Narben bräunlichrot. Sonst überall rein weiße Narben. Nase sezerniert spärlich, aber dauernd. Rachen o. B. Augen: Chronische Konjunktivitis. Beide Cornea hochgradig getrübt, mit zahlreichen Auflagerungen auf der Membrana interna. Anscheinend ist auch das innere Auge durch den seit März in Erscheinung getretenen Prozeß hochgradig verändert worden, ebenso die Nn. optici. Nerven: Fast am ganzen Körper Herabsetzung der Sensibilität, Empfindung für spitz und stumpf nur erhalten auf beiden Wangen, Fossae supra- und infraclaviculares beiderseits in einer kleinen Zone über der Wirbelsäule vom zehnten Brustwirbel bis zur Mitte des Kreuzbeins; an der rechten Hand sind es die Fingerspitzen der ersten bis vierten Finger, an der linken die erste und zweite Fingerspitze. Sonst überall nur Berührungsempfindung, aber auch diese ist an beiden Armen von der Mitte der Oberarme an abwärts hochgradig herabgesetzt. Blasen- und Mastdarmfunktion intakt.

Pat. wird am 10. VI. 1919 in das Versorgungsheim überführt. Aus dem Krankenblatt des Versorgungsheims geht hervor, daß Leprabazillen nicht mehr nachgewiesen wurden. Ferner wurden keine leprösen Eruptionen mehr festgestellt. Die letzte Eintragung dieses Inhaltes stammt aus dem September 1921.

Vom 8. IX. 1921 an auffallende Mattigkeit, Temperaturerhöhung, Beschwerden im Leib, Puls klein, wenig beschleunigt. Lungen o. B., Leib im rechten Hypochondrium druckempfindlich.

9. IX. 1921. Heute morgen Haut mäßig ikterisch, Leber-Gallenblasengegend sehr schmerzend. Herztätigkeit sehr matt. Exzitantien ohne Einwirkung. Lungen frei . . . Abends Exitus.

Epikrise: Bei einem Syphilitiker, der sich in den Jahren 1902 bis 1904 auf dem malaiischen Archipel aufgehalten hatte, traten etwa 5—6 Jahre (1906) später die ersten Erscheinungen von Lepra auf (Anästhesien und Mutilationen), deren Natur infolge seiner syphilitischen Anamnese auch im Krankenhause nicht erkannt wurde. Erst bei einer dritten Aufnahme ins Krankenhaus (1913), als Patient bereits zahlreiche typische Hautknoten zeigte, wurde die Diagnose Lepra gestellt. Die eingeleitete Nastinbehandlung wurde, wie aus der Krankengeschichte hervor-

Digitized by Google

zugehen scheint, wieder aufgegeben; denn vom Dezember 1913 bis zu seiner Krankenhausentlassung im März 1914 wurde keine Allgemeinbehandlung mehr gemacht. Die Nastininjektionen riefen anfangs starke Reaktionen und hohe Temperaturen hervor. Die eitrige Kniegelenkentzündung ist durch die Nastinbehandlung wahrscheinlich provoziert worden. In gleichem Sinne, nämlich provozierend, pflegen bei Leprafällen bekanntlich innerliche Jodkalidosen zu wirken. Soweit man nachträglich einen Schluß aus der Krankengeschichte ziehen kann, wurde auch in diesem Falle Jodkali schlecht vertragen, worauf die absteigende Dosierung dieses Medikaments, zuerst 0,5 3mal, dann 0,2 3mal zu sprechen scheint. Die darauf folgende täglich steigende M. St. R.-Injektionskur führte nach Angabe des Patienten zwar zu einer Erweichung der Knoten, jedoch stellten sich am 31. Tage sehr bedrohliche Komplikationen: akute hämorrhagische Nephritis mit Lidödem, Endokarditis, Bronchopneumonie und Pleuritis ein, so daß die Kur abgebrochen werden mußte. Es wurde dann noch einmal eine sehr langsam ansteigende Injektionsserie gemacht, bis zum 9. Dezember, wo die Allgemeinbehandlung ausgesetzt wurde. Trotz der starken parenteralen Therapie, also außer einer partiellen Erweichung der Knoten nicht nur keine Besserung der Erscheinungen, sondern ein Fortschreiten des Krankheitsprozesses und ein Auftreten von neuen Knoten. Bei der Aufnahme in unsere Klinik handelte es sich um einen Fall von gemischter Lepra (plattenartige Knoten, zahlreiche Anästhesien, mutilierende Geschwüre). Bazillen waren sowohl frei wie in allen ausgeschnittenen Hautstücken massenhaft vorhanden. Starke Schleimhautaffektion. Ein Mutilationsgeschwür unter der linken Fußsohle heilte erst nach chirurgischen Eingriffen gänzlich. Die Augenerkrankung verschlimmerte sich während des Krieges bis zur fast völligen Erblindung. Interessant ist die akute Verschlimmerung, welche die Erkrankung unter dem Einflusse der (infolge des Krieges nötigen) Pockenimpfung erfuhr. Auftreten von 5 neuen, stark geröteten Hautknoten. In den Impfpusteln fanden sich massenhaft Leprabazillen. Das Aussetzen der spezifischen Ölbehandlung (infolge des Ölmangels im Kriege) führte zu einer allgemeinen Verschlimmerung aller Erscheinungen, insbesondere des Nasenbefundes. Besserung dieses Befundes unmittelbar nach Einsetzen der Normalbehandlung (Januar 1919). Schon seit April desselben Jahres wurden keine Bazillen mehr in der Nase gefunden. Da eine Heilung der Hautlepra vorzuliegen schien, wurde Patient in das Versorgungsheim verlegt, bei dauernder Weiterbehandlung und Beobachtung. Von 1919 bis zu seinem Tode (September 1921) traten keine neuen Erscheinungen von Lepra mehr auf.

Es handelt sich also um eine klinische Abheilung von Lepra, die 2 Jahre rezidivfrei beobachtet wurde und scheinbar bazillenfrei war. Daß dieser Schein jedoch trügerisch war, erwies die Sektion und die pathologische Untersuchung.

II. Anatomischer Teil (Plaut).

Sektionsprotokoll: 1,60 m lange Leiche eines kräftig gebauten Mannes ohne Totenstarre. Kopf, Hals, Rumpf, linker Arm, rechter Oberarm und besonders Genitale höchstgradig von Fäulnisgasen durchsetzt, dunkelgraugrün. Eine besondere Wulstung an der Stirn ist nicht zu erkennen. An beiden Augen ausgedehntes Leucoma adhaerens

Digitized by Google

und Chemosis; am linken Knie, welches im Winkel von 140° fixiert ist, befinden sich zwei tiefe, unverschiebliche alte Operationsnarben. Die Beine erscheinen mager. Die Haut, besonders über den Tibien, haftet der Unterlage fest an. Sie ist in großer Ausdehnung dünn, glänzend und derb. Über der linken Achillessehne eine dicke, derbe Schwiele. Rechts ragt die vierte Zehe dorsalwärts, obwohl der Nagel erhalten ist, ist nur ein Glied zu fühlen. Links fehlt die große und die fünfte Zehe. Von der vierten fehlt das Endglied. Die linke Fußsohle ist stellenweise narbig. Unterhautfettgewebe am Bauch bis 4 cm dick. Muskulatur mäßig kräftig, etwas glasig. Darmschlingen stark gebläht. Bei Eröffnung der Bauchhöhle entweicht übelriechendes Gas. Zwerchfellstand: beiderseits vierte Rippe. Rippenknorpel schneidbar.

Herz und Lunge hochgradig faul.

An der aufsteigenden Aorta ziemlich starke arteriosklerotische, wahrscheinlich auch luische Veränderungen. Dasselbe gilt für Aortenbogen und Brustaorta. Der Zungengrund ist glatt. Milz in einen schwärzlich grünen Brei verwandelt. Nebenniere beiderseits erweicht. Nieren klein (11 : 6 : 2,5) mit zahlreichen kleinen Rindennarben. Rechter Hoden ödematös, von zahlreichen großen, unregelmäßig gestalteten gelben Herden durchsetzt; links sitzen diese Herde, darunter ein gut bohnengroßer, vorwiegend in der unteren Hälfte des Hodens. Urin bräunlichgrün, sonst ist infolge der weit vorgeschrittenen Fäulnis von Ikterus nichts zu sehen. Prostataseitenlappen mäßig vergrößert. Trabekel der Blase recht kräftig. Rektum sehr weit. Beckenbindegewebe stark ödematös. Duodenalinhalt gallig. Pankreas ebenfalls von Gasblasen durchsetzt. Choledochus sehr weit. Oberhalb der Papille sitzt ein unvollständig eiförmiger, kleinbohnengroßer, weicher, geschichteter Pigmentstein. Auch der Ductus hepaticus ist ziemlich weit. Die Leber (27 : 21 : 9) ist ikterisch, von großen und kleinen Gasblasen dicht durchsetzt. Lebergefäße intakt. Bauchaorta ziemlich stark sklerotisch. Wirbelkörper intakt. An Schädelweichteilen und Schädeldach nichts Krankhaftes. Gehirn stark verfault. Beide Nn. optici dünn und grau.

An der Körperhaut befinden sich viele Narben. Haut der Unterarme, des linken Oberarmes und der linken Schulter aufs dichteste von teils lineären, teils flächenhaften Narben durchzogen. Nach dem Handrücken zu wird sie immer dünner, an der Handfläche aber ist sie normal. Die sehr dünne Haut der Arme ist haarlos, zahlreiche feinste Furchen, an Breite und Tiefe den nomarlen Furchen des Handrückens ähnliche durchziehen sie, ohne aber irgendwie regelmäßig angeordnet zu sein. Außerdem ist die Haut leicht gewellt, als ob sie zu groß geworden sei im Verhältnis zu den von ihr umhüllten Teilen. Die übrige Behaarung ist normal. Der rechte N. ulnaris ist ein fast kleinfingerdicker, bräunlicher, an Konsistenz durchaus einer Sehne gleichender Strang. Der rechte N. femoralis weist bereits dicht unter dem Poupartschen Bande viel dünne, stark auseinanderweichende Fasern auf. Die Untersuchung der Nasenhöhle und ihrer Nebenhöhlen ist leider unterblieben.

Anatomische Diagnose: Lepröse Mutilation der Füße, Atrophie und ausgedehnte Narbenbildung an der Haut der Arme, lepröse Neuritis des N. ulnaris, Leukom und Katarakt an beiden Augen.

Atherosklerose, Aortitis luica? Verschlußstein oberhalb der Vaterschen Papille, Schaumorgane.

Bei der mikroskopischen Untersuchung interessierte in erster Linie die Haut als größtes befallenes Organ, als Hauptsitz der Erkankung, als Hauptangriffspunkt der Behandlung. Was aber in den mikroskopischen Schnitten der Haut zu sehen war, gestattete keine Lepradiagnose mehr, und in der Literatur fand ich keine Angaben darüber, ob und wie sich eine lepröse Schwiele von Ausheilungszuständen anderer Krankheiten unterscheidet. Da ich aber auch keinen Hinweis dafür fand, daß nach solchen theoretisch wie praktisch doch nicht unwichtigen Unterscheidungsmöglichkeiten überhaupt gesucht worden ist, will ich kurz beschreiben, was an dieser ehemals leprös gewesenen Haut zu sehen ist. Doch muß gleich bemerkt werden, daß der Patient lange Zeit stark behandelt worden ist; das muß bei der Beurteilung dieser Narben berücksichtigt werden.

Digitized by Google

Die „Lepranarbe", die SAKURANE (Zieglers Beiträge, Bd. 32) untersucht hat, war histologisch noch keine Narbe, denn er fand im infiltrierten Unterhautgewebe Leprabazillen und „relativ viel Plasmazellen", es lag also noch ein Entzündungszustand vor.

Im vorliegenden Falle kamen Hautstücke von Arm und Schulter zur Untersuchung.

Die Verhornung ist sehr stark, die Oberhaut sehr dünn, atrophisch, Pigment ist in gewöhnlicher Menge vorhanden. Vom Papillarkörper ist kaum eine Andeutung zu sehen, die Haare sind sehr spärlich, ebenso die Knäueldrüsen. Durch die Atrophie der Kutis erscheinen die noch erhaltenen Schweißdrüsen zum Teil ganz nahe an die Epidermis herangezogen. Eine Abgrenzung der Kutis gegen das Unterhautgewebe ist vielfach nicht möglich, weil unter der Kutis kein Fettgewebe liegt, sondern Schwiele. Sie besteht aus breiten, glänzenden, kernarmen, fibrösen Bändern; in ihr liegen teils parallel zur Oberfläche, teils schräg oder senkrecht zu ihr zahlreiche enge Venen mit zellreichen Wandungen. Einige der Oberhaut benachbarte Gefäße sind geradezu von Mänteln spindeliger Zellen umgeben. In einigen Gefäßen liegen Haufen plumper nicht säurefester Bazillen, ihre kuppenförmigen Enden (und die Tatsache, daß die Leiche stark von Gas aufgetrieben war) lassen vermuten, daß es sich hier um (agonal eingeschwemmte) Erreger aus der Gasbrandgruppe handelt. Die Gefäße sind in verschiedener Weise verändert. Eine mittelgroße Vene, neben einer Knäueldrüse gelegen, hat dicke, in mehrere Lagen aufgeblätterte Elastika; ihr Lumen ist durch konzentrische Schichten großer Zellen ausgefüllt. Diese Zellen haben meist spindelige Kerne. Eine Periphlebitis besteht neben diesem als produktive Endophlebitis zu bezeichnenden Prozeß nicht. Eine ganze Anzahl kleinerer Venen sind in gleichem Sinn stark verändert. An der unteren Grenze der Schwiele liegen einige sehr weite Venen mit intakter Wand; der Querschnitt einer solchen Vene nimmt bei Zeiß AA, Okular 2, $^1/_3$ des Gesichtsfeldes ein. Eine der Epidermis näherliegende Vene ist von einer homogenen Masse ausgefüllt, welche sich ebenso färbt wie die Grundsubstanz des umgebenden schwieligen Gewebes; in der Nähe dieses Gefäßes bilden kleine, einkernige Zellen eine größere Anhäufung. Die Mastzellen, z. T. Riesenformen, sind in dem schwieligen Gewebe sehr zahlreich, sie liegen gehäuft in der Adventitia der Gefäße, spärlicher im Kutisgewebe selbst. Man sieht sehr verschiedene Formen, kleine, runde und ganz lange, z. T. verzweigte. Leukozyten und Plasmazellen fehlen.

Das elastische Gewebe erscheint in allen Schnitten schwer verändert, freilich in wechselnder Art und verschiedenem Grad. Stellenweise enthalten die epidermisnahen Teile der Schwiele nur spärliche feinste Fasern, stellenweise recht grobe, dicht verflochtene. Dicke, vielfach zerbrochene, ganz unregelmäßig verlaufende elastische Fasern finden sich meist in den tieferen Schichten. Gelegentlich hebt sich ein Streifen unterhalb des Epithels durch Schmalheit und verhältnismäßig regelmäßigen Verlauf der kollagenen und elastischen Fasern deutlich und scharf begrenzt von den tieferen Schichten mit ihren breiten, wirren Fasern ab. Wenn es auch naheliegt, hierbei an den vom leprösen Infiltrat verschonten subepithelialen Streifen zu denken, so läßt sich doch darüber nichts Sicheres aussagen, da keine Leprome

Digitized by Google

und keine beginnenden Vernarbungen, sondern nur Schwielen vorliegen. Immerhin könnte man bei späteren Untersuchungen lepröser und leprös gewesener Haut auf diesen Punkt achten. Wenn man dann etwa den subepithelialen Streifen des leprösen Gewebes in einen ebensolchen Streifen einer benachbarten Schwiele übergehen sieht, dann wird man berechtigt sein, späterhin bei Fällen, die wie der hier vorliegende nur Schwielen aufweisen, aus dem Vorhandensein eines solchen Streifens auf den leprösen Ursprung der Schwiele zu schließen. Man wird damit ein diagnostisches Hilfsmittel gewinnen. Des weiteren wäre zu beachten, ob in Narben, die auf Grund von Lepra entstanden sind, die Endophlebitis eine größere Rolle spielt als in anderen Narben. Der hier erhobene Befund schwerer obliterierender Endophlebitis bei intakten Arterien erinnert sehr an Bilder, wie man sie in luischen Entzündungsprodukten sieht. Kaposi (Path. u. Ther. d. Hautkrankheiten, 1893) glaubt, daß die durch Endothelwucherung bedingte Obliteration der an sich spärlichen Gefäße im Lepraknoten für die retrograde Metamorphose und Verödung der Leprome verantwortlich gemacht werden darf.

Leprabazillen wurden in den Hautschnitten nicht gefunden, in den nach Ziehl gefärbten Präparaten sind die säurefesten Granula der Knäueldrüsen in reichlicher Menge zu sehen, teils stark rot, teils rot-violett, in Haufen und einzeln liegend; eine bestimmte Lagerung lassen sie nicht erkennen. Nirgends im Gewebe außerhalb der Knäueldrüsen sind solche oder ähnliche Körnchen zu sehen.

Die Hoden erweckten bei der Sektion den Eindruck einer leprösen Erkrankung, die auf dem Schnitt sichtbaren Herde unterschieden sich schon durch ihr Gelb von dem gewöhnlichen Grau der Fibrosis. Die mikroskopische Untersuchung aber — Bazillen wurden auch hier nicht gefunden — gestattet kein Urteil über die Entstehung des vorliegenden Zustandes, der eben doch eine Fibrosis ist. In unregelmäßig gestalteten großen Bezirken ist das Hodengewebe fibrös mit allen Abstufungen der Kanälchenzerstörung bis zu völligem Schwund auch der elastischen Bestandteile. Die Präparate erwecken nicht den Eindruck, als sei die Erkrankung an einem oder an wenigen Punkten entstanden und von da aus fortgeschritten, vielmehr sind die verschiedenen Erkrankungsstadien räumlich durcheinander gemischt, schwerst erkrankte Kanälchen liegen dicht neben fast gesunden. Nur ganz kleine Bezirke sind von protoplasmaarmen kleinen Rundzellen infiltriert. Die Zwischenzellen sind zahlreich, nach dem Rete zu liegen sie in dicken Haufen, z. T. sind sie pigmentiert. Spermatozoen sind auch in den gut erhaltenen Kanälchen nicht zu sehen, wohl aber ihre Vorstufen. Das Freibleiben des Nebenhodens wäre für einen leprösen Prozeß etwas ungewöhnlich, bei Syphilis, die ja bei dem Patienten auch vorlag, ist es die Regel (Simmonds).

Der am rechten Auge erhobene Befund ist — Leprabazillen fehlen — in der Art der vorliegenden Veränderung uncharakteristisch. Katarakt, Leukom, Optikusatrophie; auch mikroskopisch läßt sich den ausgedehnten, meist aus kleinen runden Zellen bestehenden Infiltraten nichts besonderes abgewinnen, im Ziliarkörper finden sich einige Riesenzellen mit wabigem Protoplasma und bis acht großen, ovalen, lichten Kernen, die regellos im Zellleib liegen. Auffallend aber und auf den leprösen Ursprung

Digitized by Google

der Augenerkrankung hinweisend ist das Freibleiben des hinteren Augenabschnittes bei so schwerer Erkrankung des vorderen. Der N. opticus wiederum ist nicht intakt, seine Bindegewebssepten sind breit, derbfaserig, er ist diffus entzündlich infiltriert und enthält zahlreiche, verschieden große Corpora amylacea. Die übrigen Organe waren teils durch Fäulnis zur histologischen Untersuchung untauglich geworden, teils boten sie nichts Besonderes; der Herzmuskel enthielt kleine Schwielen.

Im N. ulnaris aber liegt das Bild einer frischen leprösen Entzündung vor. Weithin ist sein Gewebe mit einkernigen Zellen der verschiedensten Art durchsetzt, darunter viele Plasmazellen, sehr viel Mastzellen; verschiedentlich fallen riesige lange Mastzellen auf, von denen, zumal wenn die dichten Granulationen den Kern verdecken, gar nicht mit Sicherheit ausgesagt werden kann, ob es sich wirklich nur um eine Zelle handelt. Besonders stark ist die Wucherung Schwannscher Zellen, ihre großen, lichten, eiförmigen Kerne bilden ganze Haufen. Die Markscheiden (Spielmeyer-Färbung) sind dünn, spärlich, stark auseinandergedrängt. Markscheidenreste sind im Fettponceaupräparat kenntlich durch reihenweise Anordnung von Fetttropfen. Die Schnitte enthalten viel Fett, kleine Tropfen liegen regellos im entzündeten Gewebe, aber Fett liegt auch in Gefäßwandzellen und frei im Innern selbst größerer Venen, deren Endothelien stark geschwollen sind. Dieses Fett hat z. T. einen Stich ins Lilafarbene. Es unterliegt wohl keinem Zweifel, daß hier fetthaltige Abbauprodukte des entzündeten Nerven auf dem Blutweg fortgeschafft werden. Dieser N. ulnaris enthielt nun reichlich Leprabazillen, und zwar in Form der typischen Kugeln, die früher zur Aufstellung des Begriffes „Leprazelle“ geführt haben und die jetzt von den meisten als Bazillenverschleimung (Unna) aufgefaßt werden. Die Bazillen erwiesen sich als säurefest und grampositiv.

Wenn auf Grund der geschilderten Befunde die Frage erörtert werden soll, ob diese Lepra geheilt war, so muß zunächst von einer Versäumnis die Rede sein: Bei der Sektion wurde die Nase nicht untersucht; jedoch ist der Nasenschleim von April 1919 bis September 1921, d. h. bis zum Tode des Patienten, nach Untersuchungen, die im Unnaschen Laboratorium angestellt wurden, bazillenfrei gewesen. Es ist daher außerordentlich unwahrscheinlich, daß noch eine lepröse Erkrankung der Nase bestanden haben soll. Anatomisch und bakteriologisch liegt natürlich keine Heilung vor, da ja ein florider, entzündlicher Prozeß mit Bazillen gefunden wurde. Praktisch und vor allem epidemiologisch darf man aber doch von einem weitgehenden Heilerfolg sprechen, wenn eine vorher so ausgedehnte Erkrankung auf den Raum eines bzw. einiger Nerven eingeengt worden ist. Eine weitere Frage ist die, inwieweit diese Heilung der Behandlung zugeschrieben werden darf.

Digitized by Google

Beitrag zur einzeitigen Behandlungsmethode der Lues.

Von

Spezialarzt Dr. H. Krug in Halle a. S.

Da die Meinungen über den Wert der Mischspritze noch recht geteilt sind, so dürfte wohl jede Mitteilung über Erfahrung mit derselben regem Interesse begegnen.

Ich habe 76 Fälle (52 Männer und 24 Frauen) mit intravenösen Mischinjektionen (teils Novasurol, teils Cyarsal und Silber- oder Neosalvarsan) behandelt. Die Fälle mit äußeren Erscheinungen behandelte ich in der Hauptsache mit Silbersalvarsan und Novasurol bis zur Gesamtdosis von 2—3 g Silbersalvarsan und 25—30 ccm Novasurol, Lues latens und Wiederholungskuren durchweg mit Neosalvarsan und Cyarsal bis zur Gesamtdosis von 4—6 g Salvarsan und 20—30 ccm Cyarsal. Blutuntersuchung nach Wassermann wurde aus pekuniären Gründen nur 1 mal während eines Behandlungsabschnittes gemacht, und zwar vor der 2. Injektion der nächsten Kur, die nach 8 bis 10wöchentlichem Intervall stattfand. 6 Lues I, 4 Lues II und 2 Lues-latens-Fälle blieben aus, entweder nach Abheilung der Symptome oder nach Vollendung der 1. Kur, so daß keine Blutuntersuchung vorgenommen und der Erfolg der Behandlung nicht wahrgenommen werden konnte. Von den übrigen Lues-I-Fällen wurden 23 seronegativ, 7 blieben noch schwach positiv; von den Lues-II-Fällen 13 negativ, 4 schwach und 2 stark positiv; von den Lues-latens-Fällen mit vorher schwacher WR (7 an der Zahl) sämtliche negativ, von denen mit vorher starker WR 3 gebessert und 5 unverändert. Während die unbeeinflußt gebliebenen Fälle mit der zweizeitigen Methode (keine wasserlöslichen Hg-Präparate!) weiterbehandelt wurden, wurde bei den übrigen Fällen auch weiterhin mit Erfolg die Mischspritze angewandt.

Ich lasse jetzt die 76 Fälle folgen:

Name	Erscheinungen	Therapie	WR
1. W. Sk.	Sclerophimosis	2,65 SS[1]) u. 28 Nov[2])	negativ
2. E. E.	Chancre mixte	2,85 SS „ 30 Nov	ausgeblieben
3. M. V.	Lues lat. ++++	5,45 NS[3]) „ 28 Cy[4])	++−−
4. R. St.	Sclerosis in sulco	1,15 SS „ 14 Nov	ausgeblieben
5. G. F.	Sclerosis ad genital.	2,15 SS „ 22 Nov	negativ
6. K. Pf.	Lues lat. ++−−	4,95 NS „ 23 Cy	negativ
7. M. F.	Lues lat. ++++	4,65 NS „ 22 Cy	++−−
8. W. F.	Lues lat. ++++	5,55 NS „ 25 Cy	++−−
9. F. U.	Sclerosis ad urethram	2,85 SS „ 30 Nov	ausgeblieben
10. K. L.	Exanth. syphil.	1,95 SS „ 20 Nov	ausgeblieben
11. P. S.	Sclerophimosis	3,15 SS „ 30 Nov	negativ
12. P. Sch.	Sclerosis ad urethram	2,5 SS „ 25 Nov	++−−
13. R. R.	Sclerosis in sulco	2,75 SS „ 27 Nov	negativ
14. M. R.	Sclerosis ad os	2,65 SS „ 25 Nov	negativ
15. H. O.	Sclerosis in sulco	2,90 SS „ 30 Nov	ausgeblieben
16. W. L.	Sclerosis ad praeputium	2,80 SS „ 27 Nov	negativ
17. R. K.	Sclerosis ad labium	2,40 SS „ 23 Nov	++−−
18. P. H.	Exanth. syphil.	2,90 SS „ 30 Nov	negativ
19. F. G.	Sclerosis ad urethram	2,55 SS „ 26 Nov	ausgeblieben
20. F. H.	Sclerophimosis	3,30 SS „ 31 Nov	negativ
21. E. F.	Sclerosis ad labium	2,35 SS „ 24 Nov	negativ
22. F. H.	Sclerosis in sulco	2,70 SS „ 27 Nov	+−−−
23. A. D.	Papulae ad genital.	2,50 SS „ 23 Nov	ausgeblieben
24. P. S.	Lues lat. ++−−	4,80 NS „ 40 Cy	negativ
25. A. W.	Papulae ad genital.	2,90 SS „ 27 Nov	++++
26. M. O.	Lues lat. ++−−	5,40 NS „ 24 Cy	negativ
27. O. R.	Exanth. syphil.	2,85 SS „ 27 Nov	negativ

[1]) Silbersalvarsan. — [2]) Novasurol. — [3]) Neosalvarsan. — [4]) Cyarsal.

Digitized by Google

Name	Erscheinungen	Therapie	WR
28. C. I.	Lues lat. ++++	4,85 NS u. 23 Cy	++++
29. G. B.	Sclerosis in sulco	2,35 SS „ 24 Nov	++—
30. A. F.	Sclerophimosis	2,55 SS „ 24 Nov	negativ
31. A. R.	Papulae ad genital.	2,30 SS „ 21 Nov	+—
32. F. S.	Sclerosis ad praeputium	2,85 SS „ 25 Nov	ausgeblieben
33. W. H.	Sclerosis in sulco	2,35 SS „ 22 Nov	negativ
34. F. R.	Lues lat. ++—	4,75 NS „ 20 Cy	negativ
35. P. P.	Exanth. syphil.	1,85 SS „ 16 Nov	ausgeblieben
36. A. D.	Sclerosis ad urethram	2.90 SS „ 25 Nov	negativ
37. P. L.	Sclerosis in sulco	2,35 SS „ 23 Nov	+—
38. O. K.	Papulae ad anum	2,80 SS „ 26 Nov.	negativ
39. P. P.	Lues lat. ++—	4,35 NS „ 18 Cy	negativ
40. P. R.	Papulae ad scrotum	2,40 SS „ 22 Nov	++++
41. M. W.	Exanth. syphil.	2,15 SS „ 20 Nov	++—
42. W. Kl.	Sclerosis ad praeputium	2,70 SS „ 26 Nov	negativ
43. R. F.	Exanth. syphil.	2,75 SS „ 26 Nov	negativ
44. W. Sch.	Sclerosis in sulco	2,4 SS „ 21 Nov	negativ
45. K. J.	Papulae ad anum	2,65 SS „ 26 Nov	negativ
46. K. C.	Sclerosis ad urethram	2,60 SS „ 24 Nov	negativ
47. W. Sch.	Exanth. syphil.	3,15 SS „ 28 Nov	negativ
48. R. M.	Sclerosis ad labium	2,6 SS „ 23 Nov	negativ
49. O. G.	Papulae ad genital.	2,75 SS „ 25 Nov	negativ
50. B. K.	Lues lat. ++++	5,25 NS „ 23 Cy	++++
51. E. T.	Exanth. syphil.	2,80 SS „ 25 Nov	++—
52. K. J.	Lues lat. ++—	4,90 NS „ 23 Cy	negativ
53. F. B.	Exanth. syphil.	2,10 SS „ 20 Nov	ausgeblieben
54. F. G.	Papulae ad genital.	1,95 SS „ 18 Nov	negativ
55. K. K.	Sclerosis in sulco	2,75 SS „ 28 Nov	negativ
56. P. K.	Sclerosis ad praeputium	1,75 SS „ 12 Nov	++—
57. P. R.	Sclerophimosis	2,5 SS „ 27 Nov	negativ
58. M. G.	Psoriasis palmaris	2,40 SS „ 25 Nov	++—
59. K. K.	Papulae ad genital.	2,35 SS „ 24 Nov	negativ
60. A. P.	Sclerosis in sulco	2,65 SS „ 27 Nov	negativ
61. R. K.	Papulae ad scrotum	3,15 SS „ 30 Nov	negativ
62. J. E.	Sclerosis in sulco	2,45 SS „ 25 Nov	negativ
63. K. Gr.	Sclerosis ad praeputium	2,30 SS „ 23 Nov	negativ
64. U. D.	Exanth. syphil.	2,56 SS „ 28 Nov	negativ
65. A. F.	Papulae ad genital.	2,30 SS „ 23 Nov	negativ
66. L. M.	Lues lat. ++—	5,45 NS „ 20 Cy	ausgeblieben
67. W. H.	Lues lat. ++—	4,65 NS „ 18 Cy	ausgeblieben
68. J. R.	Lues lat. ++++	5,60 NS „ 28 Cy	negativ
69. O. J.	Lues lat. ++++	5,30 NS „ 25 Cy	++++
70. M. R.	Sclerosis ad labium	2,60 SS „ 26 Nov	++—
71. E. Sch.	Lues lat. ++++	5,70 NS „ 25 Cy	++++
72. M. K.	Papulae ad genital.	2,70 SS „ 28 Nov	negativ
73. M. Th.	Sclerosis ad labium	1,90 SS „ 20 Nov	negativ
74. A. K.	Sclerosis in sulco	2,3 SS „ 24 Nov	negativ
75. K. K.	Lues lat. ++++	5,60 NS „ 28 Cy	++++
76. M. U.	Sclerosis ad labium	2,70 SS „ 27 Nov	negativ

Nicht jeder Fall ist zur Behandlung mit der Mischspritze geeignet. So werde ich bei einer alten Lues lat. oder einer schweren Lues II sicher die zweizeitige Methode anwenden, aber dabei doch keine wasserlöslichen, sondern unlösliche Hg-Präparate bevorzugen, da ich mit ersteren ebenfalls kein befriedigendes Resultat erzielen werde. Die Mischspritze aber gleich deshalb verwerfen zu wollen, weil sie nicht in sämtlichen Fällen glänzende Resultate zeitigt, hieße denn doch das Kind mit dem Bade ausschütten.

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

Archives of Dermatology and Syphilology.

Dezember 1921, Bd. 4, H. 6.

Die Behandlung der Frühsyphilis (The Treatment of Early Syphilis), von C. M. Smith-Boston. S. 723—736. Für den Syphilidologen vom Fach nichts Neues. Die Ergebnisse der modernen Experimentalversuche am Tiere sind berücksichtigt. Verf. hat mit den Salvarsanpräparaten amerikanischen Ursprungs gute Erfolge erzielt.

Ein vorläufiger Bericht über die therapeutische Wirkung des Silber-Arsphenamin (A Preliminary Report on the Therapeutic Action of Silver Arsphenamin), von J. A. Fordyce-New York. S. 737—749. Verf. hält seine Versuche für noch nicht abgeschlossen, da sie erst vor einem Jahr begonnen sind. Aber er erklärt schon jetzt das Mittel für eine wertvolle Bereicherung unseres antisyphilitischen Rüstzeuges, besonders in Frühfällen. „Nitritoide" Reaktionen seien seltener beobachtet als nach den anderen Salvarsanpräparaten, Argyrie bisher niemals. Besondere Vorsicht sei bei Herz- und Gefäßveränderungen angebracht.

Eine seltene Form von eitriger und narbenbildender Erkrankung der Kopfhaut (A Rare Form of Suppurating and Cicatrizing Disease of the Scalp [Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens]), von F. Wise und H. J. Parkhurst-New York. S. 750 bis 768. Das Leiden ist wohl sehr selten, da bisher nur 4 Fälle davon in der Literatur beschrieben worden sind, und zwar: 1. der Fall von E. Hoffmann, 1907 in der Berl. derm. Ges. als „Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens" vorgestellt; 2. der von A. Ruete: Ein Fall von Perifolliculitis capitis abscedens suffodiens, Derm. Zschr., 1913, Nr. 20, S. 901; 3. der Fall von Nobl, 1904 in der Wien. derm. Ges. vorgestellt, und 4. der von Spitzer in der Derm. Zschr., 1903, S. 109 veröffentlichte Fall von Dermatitis follicularis et perifollicularis conglobata (Lang). Es handelt sich in diesen Fällen um eine schwere Affektion der Hinterkopfhaut, bestehend aus vielen großen und kleinen Knoten, die in Eiterung übergehen, durch Unterhöhlung sich miteinander verbinden und so einen großen Teil der Kopfhaut aushöhlen. Sie sind der Behandlung schwer zugänglich und hinterlassen nach der Heilung eine flache, narbige Alopezie in unregelmäßigen Flecken, darin der Pseudopelade folgend. In zwei von den Fällen war der Prozeß nicht auf die Kopfhaut beschränkt, sondern war je einmal durch das Vorhandensein der Langschen Dermatitis follicularis et perifollicularis und durch Acne vulgaris kompliziert, was vielleicht ätiologisch von Bedeutung ist. Die histologische Untersuchung zeigte einen Krankheitsprozeß, der das perifollikuläre Gewebe und den Haarfollikel betraf, der aber, abweichend von der Folliculitis sclerotisans nuchae Ehrmanns, nicht zu einer Bindegewebswucherung führte. Sonst ist die klinische Ähnlichkeit mit den als Perifolliculitis capitis beschriebenen Fällen nicht von der Hand zu weisen. Pilzinfektion ist ausgeschlossen. Nach der Heilung der Knoten und Abszesse hat das Leiden ein Aussehen, das leicht verwechselt werden kann mit der Acne decalvans von Quinquand oder auch der Pseudopelade von Brocq. Die Verff. beschreiben den Fall eines 27jähr. Mannes mit belangloser Vorgeschichte. Das Leiden hatte 9 Monate bestanden und war angeblich erworben während seiner Kriegsdienstzeit in Frankreich und zeigte sich anfänglich in Form von Blasen, die mit klarer Flüssigkeit gefüllt waren und später ein an Impetigo erinnerndes Aussehen bekamen. Schöne klinische und histologische Bilder erläutern die Darstellung.

Bowensches Epitheliom (The Bowen Type of Epithelioma), von L. B. Mount-Albany, N. Y. S. 769—777. 1912 beschrieb Bowen (J. of cutan. dis., 1912, Nr. 30, S. 241) zwei Fälle von chronischer atypischer Epithelwucherung. Ihm gebührt das Verdienst, als erster auf eine Hauterkrankung aufmerksam gemacht zu haben, die bislang entweder ungenau beschrieben oder nicht richtig diagnostiziert, zum Teil mit therapeutisch nicht zu beeinflussender Syphilis verwechselt worden war. Die Fälle scheinen nicht allzu selten zu sein, wenn schon in der Literatur bisher nur 11 Stück (darunter 3 von Bowen, 2 von Darier, der die „schlechte Bezeichnung Dermatose précancereuse geprägt habe") veröffentlicht sind. Es handelt sich bei diesen um ein außerordentlich langsam fortschreitendes Krankheitsbild, dessen Verlauf 2 bis 40 Jahre dauert. Es tritt bei beiden Geschlechtern und in verschiedenem Lebensalter auf; der jüngste Pat. war 39, der älteste 68 Jahre alt. Keine Körpergegend ist besonders bevorzugt. Der Anfangsherd

Digitized by Google

ist eine kleine Papel von fester Beschaffenheit, leicht erhaben, mit oder ohne Einsenkung in der Mitte, entweder von blaß- oder tiefroter Farbe oder auch hautfarben, von ungerötetem Hof umgeben. Später vergrößern sich die Papeln, zeigen Schuppen- oder Krustenbildung, bleiben für sich oder fließen zusammen oder gruppieren sich. Das Endergebnis an Größe und Anordnung dieser Veränderungen stellen drei Arten dar: Knoten, Plaques und fungusartige Bildungen. Die histologischen Befunde in diesen Fällen waren mehr oder weniger die gleichen: die Hornschicht zeigte einen wechselnden Grad von Hyperkeratose mit etwas Parakeratose. Zuweilen fanden sich unvollständig verhornte Zellen von der Form der „Corps ronds" Darier's. Die Körnerschicht fehlte stellenweise. In der Keimschicht fand sich eine bemerkenswerte Wucherung mit deutlichem intrazellulärem Ödem. Ausgesprochene Karyokinese und Amitose mit einer eigentümlichen Verdickung der Kerne und Höhlenbildung in den Zellen, dies war besonders deutlich in den oberen Schichten. Die intrapapillären Zapfen waren hypertrophisch, teilweise plump und bis in das Korium reichend, aber meistens bildeten sie zusammenhängende epitheliale Massen. Eine Schicht von typischen Pallisadenzellen bildete gewöhnlich die Grenze zwischen dem Korium und der darüberliegenden Epithelschicht, aber hin und wieder fanden sich Zellen von wechselnder Form. Die Veränderungen im Korium waren durchweg die gleichen, nämlich Erweiterung der oberflächlichen Kapillaren, sie werden umgeben von einer mehr oder weniger dicken Zellinfiltration, die sich aus Plasma- und Rundzellen und einigen polymorphnukleären Leukozyten zusammensetzte. Erwähnenswerterweise wurden, je älter die Veränderungen waren, weniger Plasma- und mehr Rundzellen angetroffen. Während man in einigen Fällen von augenscheinlichen karzinomatösen Veränderungen sprechen konnte, hatte man in anderen, in denen ein ausgesprochenes karzinomatöses Bild sich nicht vorfand, den Eindruck, daß das Karzinom sich zur Entwicklung anschickte. Diesem Rechnung tragend, bezeichnet man die Erkrankung am besten als Bowensches Epitheliom.

Die Behandlung der Spätsyphilis und Syphilis bei Mutter und Kind. Eine Zusammenfassung von Grundregeln (The Treatment of Late Syphilis, and of Syphilis in Mother and Child. A Résumé of Principles), von J. H. Stokes-Rochester, Minn. S. 778—795. Leider erlaubt es der Raum nicht, auf die Einzelheiten dieser trefflichen Arbeit genauer einzugehen, durch die sich als ein roter Faden die Mahnung zieht, nicht die Krankheit, sondern den Kranken zu behandeln, zumal da es sich im Gegensatz zur Frühinfektion, die gewöhnlich junge ungeschwächte Individuen befällt, bei den Pat. mit Spätsyphilis um Leute mit Veränderungen sowohl des Alters als auch infolge der langen Dauer der chronischen Krankheit handelt. Verf. betont, daß die Herxheimersche Reaktion auch bei der Spätsyphilis vorkommt, und bei bestimmter Lokalisation (s. unten) besonders zu berücksichtigen ist; er warnt vor zu schwacher, aber auch vor zu intensiver Behandlung. Im näheren geht er auf die Behandlung der Knochen-, der kardiovaskulären, der Leber- und der Milzsyphilis, der Syphilis des gastro-intestinalen Traktus der Niere; der Anämie bei Syphilis, der Syphilis des Auges (Vorsicht mit Arsphenamin!), des Ohres, der Nase und des Kehlkopfes (Herxheimersche Reaktion nach unvermittelter Arsphenaminanwendung!) ein. Endlich die Syphilis bei Mutter und Kind. Die uterine Infektion verläuft meistens wie Spätsyphilis; auch muß eine Frau bei jeder neuen Schwangerschaft prophylaktisch sich einer neuen Kur unterziehen.

Die Verwendung von rohem Steinkohlenteer in der Dermatologie (Crude Coal Tar in Dermatology), von Ch. J. White-Boston. S. 796—806. Auf die Empfehlung des rohen Steinkohlenteers bei Hautleiden durch Brocq hat Verf. das Mittel nachgeprüft; er ist von seinen Erfolgen begeistert. Von der starken (100%igen) Dosierung ist er zu einer 5%igen Verbindung heruntergegangen, die er in Pastenform anwendet. Länger als 12 Stunden hintereinander darf derselbe Teer nicht auf der Haut verbleiben, da er sonst reizt und pustulöse Follikulitis erzeugt, er muß dann sauber entfernt und durch neuen ersetzt werden. Verbände sind meist überflüssig, nur muß man auf die Schonung der Wäsche bedacht sein. Die Hauptanwendungsgebiete sind Ekzem beim Säugling (es darf außer diesem Mittel, abgesehen von Diätvorschriften, kein anderes daneben angewandt werden), die nässenden Ekzeme des älteren Kindes, die feuchten seborrhoischen Ekzeme, Pruritus ani et vulvae, Neurodermitis und Epidermophytie.

Parapsoriasis, von E. D. Chipman-San Francisco. S. 807—811. Die Gruppe der hartnäckigen, makulopapulösen, schuppenbildenden Erythrodermien umfaßt die Erythrodermie pityriasique en plaques disséminées (Brocq), die Dermatitis psoriasiformis nodularis (Jadassohn), die Pityriasis lichenoides chronica (Juliusberg), das lichenoide psoriasiforme Exanthem (Neisser) und die Parakeratosis variegata (Unna, Pollitzer und

Digitized by Google

Santi). Im Jahre 1902 schlug Brocq die Bezeichnung Parapsoriasis vor, die alle diese Formen umfassen sollte, und unterschied drei verschiedene Arten: Parapsoriasis en gouttes, Parapsoriasis lichenoides und Parapsoriasis en plaques. Während diese drei Arten sich im histologischen Aufbau, hinsichtlich der Symptome und des Widerstandes der Behandlung gegenüber ähnlich sind, so sind sie leicht und scharf auf Grund ihrer Ausschlagselemente zu unterscheiden. Alle Autoren sind sich darüber einig, daß die Entstehung unbekannt ist und daß keine Behandlungsmethode sich als erfolgreich bewährt hat. Verf. bringt die Krankheitsgeschichten von drei Fällen, die er jüngst beobachtet hat, und zwar einen von jeder der genannten Arten, da es ihm der Mühe wert schien, zu berichten, welche Nachforschungen in bezug auf die Ursachen angestellt und welche Erfolge gegebenenfalls erzielt worden seien. Ätiologisch ergaben sich keine neuen Gesichtspunkte; dagegen stellt er fest, daß durch die Anwendung der ultravioletten Strahlen in starker Dosierung in allen drei Fällen wenigstens vorübergehende Besserung erzielt wurde.

Herpes zoster, eine primäre aszendierende Neuritis (Herpes Zoster as a Primary Ascending Neuritis), von D. W. Montgomery-San Francisco. S. 812—817. Die Zostereruption wird hervorgerufen durch trophische Störung infolge der Entzündung eines hinteren Wurzelganglions, und diese Ganglionitis entsteht durch ein spezifisches Virus, möglicherweise eine Streptokokkenart, das zum Ganglion auf dem Wege durch die Haut und die peripheren Nerven gelangt. E. Ahrens-Hamburg.

The Urologic and Cutaneous Review.

März 1922, Bd. 26, Nr. 3.

Papillom der Blase und hinteren Urethra (Papilloma of the Bladder and Posterior Urethra: Report of a Case), von Gilbert J. Thomas-Minneapolis, Minn. Die Erkrankung kann, obwohl sie selten ist, die Ursache von Harnröhrenblutungen und Hämaturie sein. Bei Blasenpapillomen muß stets eine Untersuchung von hinterer Harnröhre, beiden Ureteren und Nierenbecken stattfinden, da häufig multiple Tumoren vorkommen.

Der Wert von Stammvakzinen bei Infektionen des Urogenitalapparates (The Value of Stock Vaccines in Genito-Urinary Infections), von T. Valliere Dagnault-Chicago, Illinois. Gute Erfolge bei akuten und chronischen Infektionen.

Fall von Hämatomyelie des Conus terminalis mit Blasensymptomen (Case of Hematomyelia of Conus terminalis with Bladder Symptoms), von Charles W. Bethune-Buffalo, N. Y. Nach Trauma totale Inkontinenz, Blasenschleimhaut gerötet, ödematös, mit Eiter bedeckt. Besserung unter Instillationen von Chrom-Quecksilber.

Erfolg der Steinachschen Operation (Result of Steinach's Operation. Case Presentation), von Leo L. Michel-New York City. Schwinden von Erscheinungen sexueller Neurasthenie bei einem 40jähr. Manne.

Drei schwere Fälle von Dermatitis exfoliativa nach Neosalvarsan (Three Severe Cases of Exfoliative Dermatitis Following Neo-Arsphenamin), von B. Barker Benson-Chicago, Ill. Die Fälle hatten gleichzeitig Hg erhalten, die Erscheinungen traten plötzlich nach wiederholten Einspritzungen auf. Albuminurie. Die Ausscheidung des Salvarsans soll, am besten durch die Abelinsche Reaktion, überwacht werden.

Stein im Ureter (Stone in the Ureter), von Bernhard Erdmann-Indianapolis, Ind.

Divertikel des Orificium urethrae (A Case of Diverticulum at the Vesical Orifice), von H. Mc Clure Young-St. Louis, Mo. Das Divertikel konnte sich nicht entleeren, da in seiner Wand die Muskularis fehlte. Heilung durch Trennung der Brücke zwischen Blase und Divertikel.

Ungewöhnlicher Fremdkörper in der Blase (An Unusual Foreign Body in the Bladder), von G. E. Slotkin-Buffalo, N. Y. Es handelt sich um einen Ballen von Frauenhaar, das sich der Pat. selbst zu einem Strange zusammengedreht in die Harnröhre eingeführt hatte.

Torsion des Samenstranges (Torsion of the Spermatic Cord), von J. Dellinger Barney-Boston, Mass.

Teratom des Hodens (Teratoma of Testicle), von R. C. Weithas-Brooklyn, N. Y. Wohlbefinden des Pat. zwei Jahre nach der Operation.

Digitized by Google

Ungewöhnlicher Fall von Hypernephrom der Niere (Unusual Case of Hypernephroma of the Kidney), von ALBERT E. GOLDSTEIN-Baltimore, Md. Der Tumor zeichnete sich durch eine ungewöhnliche Größe aus; er bestand jedenfalls schon, als bei der Pat. einige Jahre zuvor eine Striktur des linken Ureters festgestellt wurde. Es muß stets auf alle Ureteren- und Nierenerkrankungen untersucht werden.

Fremdkörper in der Harnröhre (A Foreign Body in the Urethra: Report of Case), von GEORGE H. DAY und W. B. ASHBY-Louisville, Ky. Holzstückchen, vor der beabsichtigten Operation spontan abgegangen.

Experimentelle Untersuchungen über ein neues organisches Arsenpräparat, das zur intramuskulären Injektion geeignet ist (Experimental Investigations of a New Organo-Arsenical Preparation Capable of being Injected by the Intramuscular Route), von E. JEANSELME und M. POMARET. Beschreibung eines neuen Salvarsanpräparates, dessen organisch-alkalische Zusammensetzung die intramuskuläre Injektion gestattet und die Chokgefahr auf ein Minimum reduziert. Es besitzt starke therapeutische Wirksamkeit bei Vogelspirillosen und experimenteller Kaninchensyphilis.

Behandlung des akuten Tripperrheumatismus (Treatment of Acute Gonorrheal Rheumatism), von FRANKLIN B. WRIGHT-Minneapolis, Minn. Empfehlung großer und häufiger Vakzinedosen.

Primärer Bubo (Primary Bubo), von H. C. ROLNICK-Chicago, Ill. Im wesentlichen Zusammenstellung der Literatur über die unter verschiedenen Namen (primärer, idiopathischer, sympathischer, nichtvenerischer Bubo, Bubo d'emblée) beschriebenen Fälle, für die eine sichtbare Läsion als Ursache nicht gefunden werden kann.

April 1922, Bd. 26, Nr. 4.

Der Wert der Urethroskopie beim Manne (The Value of Urethroscopy in the Male), von GEORGE GILBERT SMITH-Boston, Mass. Die Urethroskopie ist wertvoll in Fällen von Sterilität und Impotenz, beim chronischen Tripper, bei Miktionsstörungen, zur Feststellung der Art des Hindernisses in gewissen Fällen von Prostatitis und der frühzeitig sich entwickelnden Tabesblase. Im übrigen wird vor kritikloser Anwendung und übertriebener Lokalbehandlung gewarnt.

Einige Beobachtungen über die operative zystoskopische Technik (Some Observations on Operative Cystoscopic Technic), von FREDERICK J. PARMENTER-Buffalo, N. Y. Beschreibung und Abbildung verschiedener Instrumente zur Entfernung von Uretersteinen, Dilatation von Ureterstrikturen, Spaltung der Harnleitermündung bei Strikturen, Urethrozele oder zur Entfernung eines eingeklemmten Steines, Entfernung kleiner Fremdkörper, besonders Steine aus der Blase, Gewinnung von Geschwulstpartikeln zur mikroskopischen Untersuchung und Behandlung der Geschwulst selbst mit Fulguration oder Radium, Beseitigung von Klappenverschlüssen.

Die praktische Anwendung des Zystoskops zur Entfernung von Harnleitersteinen (The Practical Use of the Cystoskope in Removing Ureteral Calculi), von FRANK S. DILLINGHAM-Los Angeles, Cal. Empfehlung der Methode.

Intravesikale Behandlung der Harnleiterverengerung (Intravesical Management of Ureteral Obstruction), von HENRY B. W. WALTHER-New Orleans, La. Beschreibung (mit Abbildung) eines biegsamen metallischen Harnleiterkatheters mit einem filiformen Seidenmandrin.

Zwei brauchbare Anregungen für die urologische Technik (Two useful Suggestions in Urologic Technic), von ABRAHAM L. WOLBARST-New York. 1. Vorrichtung, um Bewegungen des distalen Endes besonders filiformer und feiner Harnleiterkatheter, Abweichungen von der Mittellinie zu kontrollieren. 2. Verwendung einer Batterie für die Zystoskoplampe bei der Fulguration von Blasentumoren, um die störende Interferenz der Lichtstrahlen und der Hochfrequenzstrahlen zu vermeiden.

Interessante, durch das Zystoskop und das Zysto-Urethroskop diagnostizierte und behandelte Fälle (Interesting Cases Diagnosed and Treated through the Cystoscope and Cysto-Urethroscope), von MAURICE MELTZER-New York. Hämaturie von zehntägiger Dauer. Pyurie von zweijähriger Dauer. Sechs Rezidive nach 8 Jahre zuvor erworbenem Tripper. Pyurie von unbestimmter Dauer. Hämaturie mit Harndrang, 5 Jahre lang als Zystitis behandelt. Terminale Hämaturie von achtmonatiger Dauer mit gelegentlicher Blutbeimengung bei Pollutionen und Ejakulationen und Schmerzen beim Koitus.

Neun Fälle von Harnröhrensteinen, durch zystoskopische Eingriffe entfernt (Nine Cases of Ureteral Calculi Removed by Cystoscopic Manipulation), von ERNEST

Digitized by Google

Paul-Toronto, Ontario, Canada. Vor operativer Entfernung muß die Entfernung auf zystoskopischem Wege wiederholt versucht werden.

Intravesicale Operationen zur Diagnose und Behandlung, mit besonderer Beziehung auf die zystoskopische Fulguration (Intravesical Operations for Diagnosis and Therapy with Particular Reference to the Cystoscopic Rongeur), von Gideon Timberlake-Baltimore, Md.

Verlegungen des Harnleiters; einige persönliche Beobachtungen (Ureteral Obstructions: Some Personal Observations), von Henry J. Scherck-St. Louis, Mo. Es soll stets an sie gedacht und auf sie untersucht werden bei schlecht definierbaren Symptomen von Abdominalerkrankungen.

Ist die Verjüngung nach der Prostatektomie als eine Wirkung nach Steinach zu betrachten? (Is the Rejuvenation after Prostatectomy to be Considered as a „Steinach Effect"?), von Victor Blum-Wien. Die Annahme, daß die tatsächlich oft nach der Prostatektomie (oder richtiger Adenektomie der Prostata) zu beobachtende Verjüngung nach Art der Steinachschen Operation zu erklären sei, und zwar durch Schädigung der Samenleiter bei der Operation oder Verödung derselben durch den Heilungsprozeß, ist falsch, vielmehr handelt es sich um Fortfall der toxischen Wirkung des Adenoms.

Mai 1922, Bd. 26, Nr. 5.

Einige in Siam beobachtete Hautmanifestationen (Some Cutaneous Manifestations as Observed in Siam), von Ralph W. Mendelson-Bankok, Siam. Mit zahlreichen Abbildungen und Wiedergaben mikroskopischer Befunde tropischer Dermatosen.

Pseudoxanthoma elasticum (Pseudoxanthoma elasticum: A Pictorial Representation and Abstract), von Binford Throne und Herman Goodman-New York. Abbildungen von klinischen und mikroskopischen Befunden.

Vier Fälle von Epidermophyton inguinale mit ungewöhnlicher Lokalisation (Epidermophyton Inguinale with Unusual Distribution. With Report of Four Cases), von Noah E. Aronstam-Detroit, Mich. Vier Fälle in derselben Familie mit Lokalisation an den Schenkeln, Nacken, Ischio-Rektalgegend, Achselhöhlen, Nabel, Regio hypogastrica, Armen, Rücken.

Die Behandlung der Prostatahypertrophie (The Treatment of Prostatic Hypertrophy), von Moritz Porosz-Budapest. In den frühen Stadien gibt die Operation die beste Prognose; ob beim Abwarten sich bedenkliche Erscheinungen einstellen, ist nicht vorauszusagen. Später sollte das größere Risiko der Prostatektomie nicht ohne genügende Indikation übernommen werden. Für die Kongestionen, die den sich stets entwickelnden entzündlichen Erscheinungen voraufgehen, empfiehlt P. die Anwendung des faradischen Stromes mittels einer Mastdarmelektrode.

Fall von kongenitaler Atrophie der Niere (Congenital Atrophie of the Kidney. Report of a Case), von Louis Rene Kaufman-New York. Die einen Stein enthaltende Niere hatte normalen Ureter und Nierenbecken. Bei der Funktionsprüfung zeigte sich auf beiden Seiten Harnstoff gleich, bei der Phenolphthaleinprobe gleichzeitiges Erscheinen des Farbstoffes, in 55 Min. schied die gesunde Niere 44%, die kranke 5% aus. Bei einer Polyurieprobe sezernierte die atrophische Niere 150 ccm, die gesunde 223 ccm.

Lehrreicher Fall von Nierentumor (An Instructive Case of Kidney Tumor), von H. Ernest Paul-Toronto, Canada. Hypernephrom, das erst drei Jahre nach Auftreten der ersten Erscheinungen von Albuminurie und Hämaturie zur Operation kam. Der Pat. ging an einer Lebermetastase zugrunde.

Nierentuberkulose (Renal Tuberculosis), von Elmer Hess-Erie, Pa. Zur Diagnose wird auf den Tierversuch großes Gewicht gelegt, bei der Tuberkulinprobe ist große Vorsicht erforderlich.

Die Behandlung des männlichen Trippers (The Treatment of Gonorrhoea in the Male), von W. Frank Glenn-Nahsville, Tenn. Nichts Erwähnenswertes.

Die Trypanosomen tötende Kraft von Arsphenamin, Neo-Arsphenamin und Natrium-Arsphenamin (The Trypanocidal Activity of Arsphenamin, Neo Arsphenamin and Sodium Arsphenamin), von Bruce Macallum-Toronto, Canada. Versuche an Mäusen, die mit durch mehrfache Passagen durch Ratten zu höchster Virulenz gesteigertem Trypanosoma equiperdum infiziert waren, so daß das Blut im Kubikmillimeter nicht weniger als 100000 und nicht mehr als 500000 Organismen enthielt, ergaben, daß die amerikanischen Präparate den entsprechenden deutschen an Wirksamkeit nicht nachstehen.

E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Syphilis.

b. Pathologie und Klinik.

Reichmannscher Symptomenkomplex bei Tabes dorsalis, von K. Regensburger-Kissingen. (Klin. Wschr., 1922, Nr. 13, S. 631.) Bei einem Tabiker bestehen seit 13 Monaten auffallend regelmäßig alle vier Wochen eintretende Anfälle von reichlichem Erbrechen. Der Fall ist besonders dadurch interessant, daß während der Anfälle Schmerzen völlig fehlen. Es handelt sich um gastrische Krisen mit fast völligem Fehlen motorischer Reizerscheinungen. Nur der Pylorus zeigt, zeitlich der Dauersekretion entsprechend, bei gleichzeitiger Lähmung der übrigen Magenmuskulatur eine Dauerkontraktion. So ist ein Bild der akuten Magendilatation mit reichlichem Erbrechen ohne Schmerzen entstanden. Wird die Drucksteigerung infolge der dauernden Sekretion zu groß, so erbricht Pat. infolge der offenen Kardia schmerzlos den Mageninhalt.
E. Langer-Berlin.

Über tabische Wirbelsäulenfrakturen, von Fritz Sperling. (Diss., Leipzig 1919.) Zwei Fälle, bei einem 61jähr. Kutscher und 39jähr. Beamten. F. Weiler-Leipzig.

Tabes und tertiäre Hautsyphilis (Tabes Dorsalis Plus Tertiary Cutaneous Syphilis), von B. Barker Beeson-Chicago. (J. Am. m. Ass., Bd. 78, Nr. 20, S. 1537.) Der Fall, ein 57jähr. Mann, zeigt das gleichzeitige Nebeneinander von Tabes dorsalis und syphilitischer Geschwüre an den Gesäßbacken. Die 22 Jahre zuvor erworbene Syphilis ist nur ungenügend behandelt worden. F. Quasig-Hamburg.

c. Ätiologie.

Über die beiden Grundformen der Syphilis (On the Two Fundamental Forms of Syphilis), von Francis X. Dercum-Philadelphia. (New York m. J., 1922, Bd. 115, Nr. 9.) Im Verfolg der ursprünglichen Scheidung Fourniers zwischen gewöhnlicher Syphilis und Parasyphilis stellt sich Verf. auf den neueren Standpunkt französischer Autoren, daß zwei von Beginn der Infektion an verschiedene Formen der Syphilis, eine gummöse und eine parenchymatöse zu unterscheiden sind. Dem sollen auch zwei verschiedene Formen der Spirochäten, eine dermatotrope und eine neurotrope entsprechen. Übereinstimmende Form der Syphilis bei gleicher Infektionsquelle und bei konjugalem Vorkommen; Fehlen der Immunität gegen die eine Spirochätenform bei voraufgegangener Infektion mit der anderen. E. Levin-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Der XXII. französische Urologenkongreß hat vom 4. Oktober ab unter dem Vorsitze von P. Nogués in Paris getagt. Das Hauptverhandlungsthema bildeten die Blasendivertikel (Referenten: Gayet und Gauthier-Lyon).

Prof. Leo v. Zumbusch, Direktor der dermatologischen Klinik und Poliklinik in München, wurde zum planmäßigen ordentlichen Professor ernannt. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

21. Oktober 1922 | Nr. 42 | Band 75

Aus der dermatologischen Abteilung des städt. Krankenhauses Altona (Prof. Bruck).

Über die Verwendbarkeit der Siebertschen Leukutane zur Behandlung von Hautkrankheiten.

Von

C. Bruck.

Die von Neisser bevorzugten sogenannten Trockenpinselungen haben sich in der Dermatotherapie einer ständig wachsenden Beliebtheit zu erfreuen. Insbesondere haben auch die Kriegsjahre und die durch sie bedingten schlechten Salbengrundlagen dazu beigetragen, viele Ärzte zur Trockenbehandlung zu veranlassen, die früher Salben und Pasten bei den meisten Erkrankungen der Haut anzuwenden gewohnt waren. Insbesondere sind es die akuten und oberflächlichen Dermatosen, die der Trockenbehandlung zugängig sind, während bei chronischen und tiefergreifenden Prozessen naturgemäß — ihrem Wirkungsmechanismus entsprechend — Salben und Pasten nicht entbehrt werden können. Dort aber, wo die Trockenpinselung anwendbar ist, bietet sie für den Patienten den großen Vorteil, daß sie neben ihrer guten therapeutischen Wirkung Verbände überflüssig macht und eine relativ billige, saubere und angenehme Anwendungsweise gewährleistet.

Abgesehen aber davon, findet man nicht selten Hautkranke, die auf fetthaltige Mittel stets mit Reizung reagieren, während die fettfreie Trockenpinselung anstandslos vertragen wird und sehr bald zu einer Abheilung des Krankheitsprozesses führt.

Der Grundtypus der von Neisser angegebenen Trockenpinselung hat bekanntlich folgende Zusammensetzung: Zinc. oxyd.-Talcum-Glycerin-Aqua āā (oder 30—50% Spiritus). Dieser Grundtrockenpinselung können dann die verschiedensten löslichen und unlöslichen Zusätze in Quantitäten zugefügt werden, die je nach Löslichkeit oder Unlöslichkeit von den löslichen (Glycerin-Aqua) oder unlöslichen (Zink-Talk) Bestandteilen der Grundpinselung in Abzug gebracht werden.

Trotz aller Vorzüge dieser Trockenpinselungen haftet ihnen jedoch der zweifellose Nachteil an, daß die in ihnen suspendierten Arzneikörper sich häufig rasch zu Boden senken, zusammenballen und selbst durch kräftiges Schütteln ungenügend oder gar nicht mehr in Suspension zu bringen sind. Zudem wird jeder die Beobachtung gemacht haben, daß bei länger dauernder Anwendung derselben Flasche die Flüssigkeit allmählich abdunstet und schließlich ein steinhartes, nicht mehr verwendbares Sediment zurückbleibt, ein Mißstand, der den Vorteil der relativen Billigkeit der Trockenpinselung zum Teil wieder aufhebt. Zudem habe ich

Digitized by Google

es im Krankenhausbetrieb immer unangenehm empfunden, daß trotz aller Verbote der bei der Anwendung der Trockenpinselung unvermeidliche Pinsel ohne genügende Säuberung wieder in die Flasche getaucht wird, wodurch — neben der Unappetitlichkeit dieses Vorgehens — die Möglichkeit einer Keimverschleppung (z. B. bei Pyodermien oder Dermatomykosen) nicht ausgeschlossen ist.

Aus diesen Gründen begrüßte ich es mit großer Freude, daß es C. SIEBERT gelungen ist, durch Zusatz von kleinen Mengen Eiweiß und Pflanzenschleim ein Präparat herzustellen, das die beliebten Trocken-Pinselungen in Tubenform darbietet und das von Max Hahn, Chemische Fabrik, Aktiengesellschaft, Berlin SW 68, unter dem Namen Leukutan in den Handel gebracht wird.

Ich habe seit längerer Zeit diese Leukutane sowohl in der Krankenhaus- als in der Privatpraxis in solchen Fällen verwendet, wo ich früher Trockenpinselungen verordnete und ich kann nur sagen, daß ich in Übereinstimmung mit SIEBERT die praktischen Vorzüge dieser Präparate bald zu schätzen gelernt habe.

Der Inhalt der Tuben trocknet nicht aus, bleibt stets homogen und garantiert daher eine stets gleichmäßige Konzentration des angewandten Medikaments. Die Anwendung ist ungemein bequem, sauber und sparsam. Der Inhalt kann von dem Patienten mit den Fingerkuppen je nach Ausdehnung des Krankheitsprozesses und je nach Wunsch in dickerer oder dünnerer Schicht aufgetragen werden. Bei größeren Hautflächen lasse ich die Auftragung mit der angefeuchteten Hand ausführen, wodurch eine ganz feine und sofort trocknende Schicht entsteht. Ein Verband ist natürlich ganz überflüssig, und die Beschmutzung der Wäsche durch die Leukutane ist minimal.

Die Leukutanschicht haftet vorzüglich auf der Haut und vermeidet das bei den üblichen Trockenpinselungen oft störende Bröcklichwerden und Abblättern der Schicht und eine zu starke Austrocknung der Haut.

Schließlich lassen sich die Leukutane mit Leichtigkeit durch Wasser oder Benzin wieder entfernen.

Der einzige Nachteil, der den Leukutanen gegenüber den Trockenpinselungen beigemessen werden könnte, ist der, daß naturgemäß bei den letzteren ein größerer Spielraum in der Art der Zusammensetzung gegeben ist. Praktisch spielt dies aber kaum eine Rolle, da die genannte Fabrik so viele verschiedene Leukutane in den Handel bringt, daß man wohl jeder Indikation gerecht werden kann.

So habe ich das gewöhnliche „Leukutan" (von der Zusammensetzung der „Zinktrockenpinselung"), ferner: 2 und 5%iges Resorzin-Leukutan, 5 und10 %iges Tumenol-Leukutan, 5 und 10%iges Liquor-carbon.-deterg.-Leukutan, 5 und 10%iges Ol.-Rusci-Leukutan bei akuten, subakuten und selbst chronischen Ekzemen mit Erfolg verwendet. Das 5 und 10%ige Schwefel-Leukutan leistete mir bei seborrhoischen Ekzemen, Zinnober-Schwefel-Leukutan bei Pyodermien, Präzipitat-Teer-Leukutan bei Gesichtspsoriasis, Ichthyol-Kampfer-Leukutan bei Pernionen gute Dienste.

Auf meine Anregung hat sich die Fabrik weiterhin entschlossen, ein 2%iges Ichthyol-Leukutan und ein Leukutan „hautfarben" zur

Digitized by Google

Anwendung bei Gesichtsprozessen herzustellen. Auch sollen neben den Handelstuben noch größere Krankenhauspackungen hergestellt werden, so daß auch bei größeren Betrieben die Anwendung dieser wirksamen, sauberen und bequemen Präparate ökonomischer sein dürfte als diejenige der bisher üblichen Trockenpinselungen mit ihren oben skizzierten Nachteilen.

Meiner Überzeugung nach bedeutet die Einführung der Leukutane durch Siebert einen wesentlichen Fortschritt.

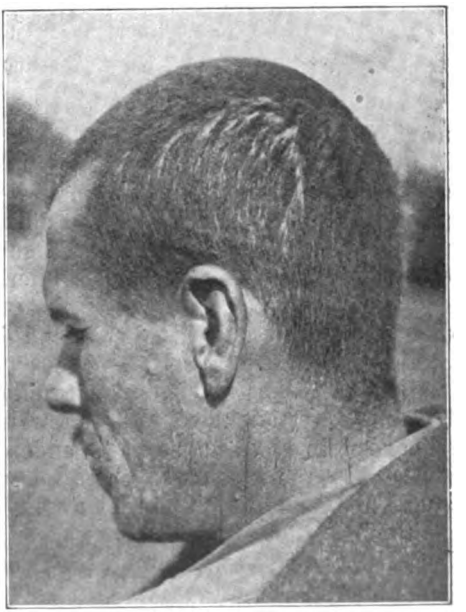
Beitrag zur Cutis capitis gyrata.

Von

Priv.-Doz. Dr. Hugo Hecht in Prag.

Mit 1 Abbildung im Text.

A. Kraus hat 1917 über einen Fall berichtet, der einen 11×9 ccm großen Herd an der linken vorderen Schädelpartie hatte, dessen Aussehen der Cutis verticis gyrata entsprach. Deshalb wurde der Vorschlag gemacht, diese — angeborene — Anomalie als Cutis capitis gyrata zu bezeichnen. Stühmer beobachtete einen 19jährigen Mann mit derselben Affektion an der Stirnhaut, für die er einen vor 10 Jahren erlittenen Unfall verantwortlich machte. Diesen Beobachtungen kann ich eine dritte anfügen.



I. A., 39 Jahre alt, verheiratet, kam im Herbst 1917 wegen eines banalen Fußgeschwüres ins Feldspital. Als Nebenbefund wurde eine sonderbare Faltenbildung über dem linken Scheidelbein festgestellt, die im Bilde gut sichtbar ist.

Anamnese: Im 16. Lebensjahre wurde er bei einer Wirtshausrauferei mit dem Fokos an der linken Schädelseite verletzt. Er hatte damals drei kleine Rißwunden, 1—2 cm lang, die vernäht wurden. Kurz nach der Heilung stellte sich das jetzt noch bestehende Haarbild ein.

Befund: Nach rückwärts vom Scheitel sieht man eine halbhellergroße, runde, rötliche Narbe ziehen, in deren Bereich keine Haare wachsen. Gegen den Nacken zu, 5 cm von der Nackenhaargrenze entfernt, liegt am Hinterkopf ein über kronengroßer, kreisrunder Herd, der im Umfang eines $^3/_4$-Kreises, $^1/_2$ cm breit ist, spärlich Haarwuchs aufweist, aber nicht narbig ist, sondern anscheinend normale Haut darbietet. Die Umgebung zeigt dichtes Haar.

Über dem linken Scheitelbein ist, wie im Bilde ersichtlich, die Haut gefaltet, so daß der normale Haarwuchs schütterer aussieht als er in Wirklichkeit ist. Bei genauer

Digitized by Google

Untersuchung bemerkt man zwei der oben erwähnten Narben, die ganz flach sind und im Hautniveau liegen. Die Hautfalten, über denen der Haarwuchs anscheinend spärlicher wird, haben nichts Narbenähnliches an sich, sie lassen sich leicht verschieben und durch Zug glätten. Dann sieht man auch, daß der Haarwuchs an diesen Stellen nicht vermindert ist; durch die Vergrößerung des Hautvolumens rücken die Haare anscheinend auseinander.

Diese Anomalie verursachte keinerlei Beschwerden und blieb die Jahre hindurch unverändert. Hier scheint die Verletzung als auslösendes Moment für die eigenartige Faltenbildung in Betracht zu kommen. Die eigentliche Ursache der lokalisierten Hauthypertrophie konnte aber auch hier nicht festgestellt werden.

Literatur.

A. Kraus, Derm. W., 1917, Bd. 64, Nr. 25. — Stühmer, Derm. W., 1922, Bd. 74. Nr. 11.

Betrachtungen über einen Fall von Recklinghausenscher Krankheit.

Von

Dr. Houloussi Behdjet in Konstantinopel.

(Aus dem Französischem übersetzt von Dr. Ernst Levin in Berlin.)

Mit 2 Abbildungen im Text.

Im Juni 1915 wurde ich offiziell als Facharzt für Hautkrankheiten nach dem Zentral-Militärhospital in Adrianopel gesandt, wo sich die Hautfälle bedeutend vermehrt hatten und wo die Anwesenheit eines Arztes mit Fachkenntnissen auf diesem Gebiete notwendig geworden war. Bei meiner Ankunft fand ich auf der für Haut- und Geschlechtskrankheiten reservierten Abteilung Nr. 16 einen gewissen Emin Oglou Rédjeb aus Havza, dessen Zustand sofort meine Aufmerksamkeit auf sich lenkte.

Nach Stellung der übrigens sehr leichten Diagnose brachte ich meine Beobachtung zu Papier und ließ den Kranken in verschiedenen Stellungen photographieren.

Anamnese: Der Kranke erzählte, daß seine Eltern infolge ihm unbekannter Krankheiten gestorben wären; von seinen 8 Brüdern befänden sich zwei im Militärdienste, die anderen wären in frühem Alter gestorben. Er selbst arbeitete als Wächter im väterlichen Hause und war zu jeder anderen Beschäftigung unfähig. Er wurde als Rekrut in das Hospital geschickt.

Bis zu diesem Zeitpunkte hatte er keine Infektionskrankheiten gehabt.

Er war 40 Jahre alt. Im Alter von 15 Jahren bildete sich eine kleine Geschwulst an der Innenfläche des Unterarmes, nahe dem Ellbogengelenk, die allmählich an Umfang zunahm, wenigstens nach seiner Erinnerung. Als er 30 Jahre war bildete sich beim Anheben eines Baumstumpfes von beträchtlichem Gewichte eine Hernie, die ihn zwang, längere Zeit das Bett zu hüten. Er hatte keinen Appetit und wenn er mehr als gewöhnlich aß, quälte ihn die Angst nach der Mahlzeit derartig, daß er

Digitized by Google

die Fähigkeit sich zu bewegen verlor. Er arbeitete unter Schwierigkeiten und klagte besonders darüber, daß er die Sense nicht handhaben konnte und daß er gezwungen war, seine Haufen von gemähten Gras zu machen, ohne sich von dem Platze zu bewegen. Er konnte nur neben seinen Haustieren sitzend wachen und erklärte, daß andere Arten Arbeit ihn sofort ermüdeten. Seit 10 Jahren waren Pigmentierungen an verschiedenen Stellen des Körpers aufgetreten, auf denen sich Knötchen gebildet hatten, während die Farbe mehr und mehr dunkler wurde.

Er fürchtete, daß diese Knötchen einen ebenso beträchtlichen Umfang gewinnen könnten, wie die Geschwulst am Arme und drückte seine Furcht darüber mit einer rührenden Einfalt aus, indem er die Fragen, die man an ihn richtete, nicht zu verstehen schien.

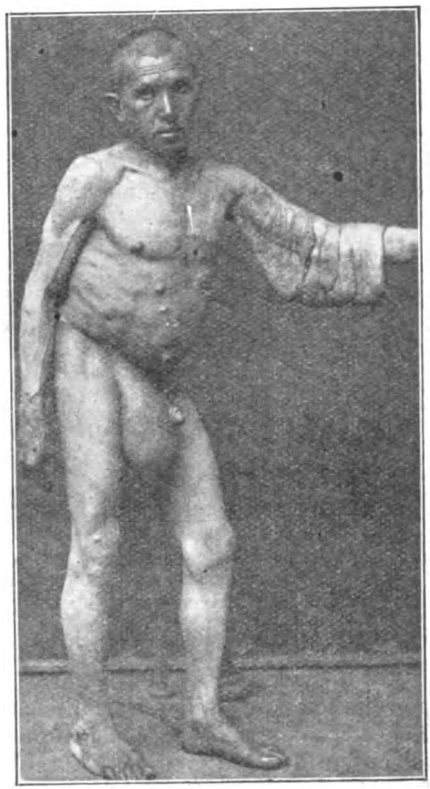


Abb. 1.
Emin Oglou Rédjeb in ganzer Figur.

Bei der Untersuchung zeigten sich die Haare gelichtet und seborrhoisch, das Gesicht wies im allgemeinen Zeichen physischer Degeneration auf, der Kranke bot ein anormales Aussehen. Die Zähne waren unregelmäßig und durch große Zwischenräume getrennt, die freien Ränder gezackt und der Gaumenbogen ein wenig gewölbt.

Die Bildung des Thorax hatte keinen normalen physischen Charakter. Auf den verschiedenen durch Pigmentierung ausgezeichneten Stellen des Körpers bemerkte man einige Tumoren, deren Konsistenz teils teigig, teils fester war, sie hatten eine breite Basis oder hingen an einem Stiel.

Ihr Umfang schwankte zwischen der Größe einer Erbse und einer Nuß. Die bemerkenswerteste Erscheinung war ein Tumor von sehr teigiger Beschaffenheit über den Humerus. Er hatte ein Gewicht entsprechend 5 Kilo Fleisch, zeigte zahlreiche Falten, und das Ganze glich wohl einer Dermatolysis.

Über der Geschwulst war die Haut an verschiedenen Stellen teils sehr blaß, teils stark pigmentiert, besonders an der vorderen inneren Fläche begleitet von Pigmentnävi.

Die Entwicklung der Haare über dem großen Tumor des Armes war eine derartige, daß er den Eindruck eines Naevus hypertrophicus pigmentosus pilaris machte.

Bei der Untersuchung der Falten zeigte sich ein fötider Geruch, an

Digitized by Google

der Innenfläche der Falten war die Haut mazeriert. Von den anderen Tumoren waren einige gestielt, alle waren mit der Haut auf den darunter liegenden Teilen beweglich.

Die rechtsseitige Hernie hatte sich beträchtlich vergrößert und war reponibel.

Auf den Schleimhäuten fanden sich keine Veränderungen.

Die Pigmentierungen zeigten sich auf den Tumoren der verschiedenen Körperteile und auf dem umfangreicheren des Armes. Weiter noch einige Symptome, Pigmentierungen, Hautgeschwülste verschiedener Art und Größe und schließlich psychische Störungen, die die Diagnose erleichterten. Die Tumoren waren nicht mit Lipomen zu verwechseln, die eine ganz besondere Konsistenz haben, auch nicht mit dem Molluscum contagiosum BATEMANN, das sich durch seinen Glanz und den Umfang der Hervorragungen unterscheidet, oder mit wahren Warzen, die an ihrem ungleichen Aussehen, ihrer braunen oder gelben Färbung und anderen Symptomen kenntlich sind.

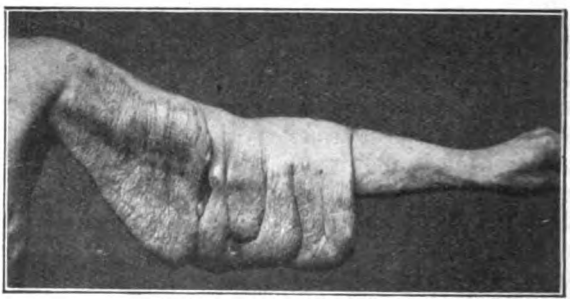


Abb. 2.
Wie aus der Photographie ersichtlich ist, waren die Haare stark entwickelt und sogar stärker als die Kopfhaare.

Einen Fall von Dermatolysis konnte ich ausschließen, weil diese gewöhnlich kongenital ist und sich immer an einzelnen Stellen entwickelt. Ebensowenig handelte es sich um einen Fall von Pseudo-Elefantiasis oder ein Pseudo-Lipom, das streng symmetrisch ist. Auch mit Mycosis fungoides war der Fall nicht zu verwechseln, bei der gewöhnlich erythematöse, ekzematöse Affektionen vorausgehen, ferner nicht mit gestielten Talgzysten, die einen ganz anderen Charakter haben, endlich nicht mit Naevi pilosi, die eine extreme Entwicklung der Haare und Follikel zeigen.

Die Sensibilität für Berührung, Schmerz, Wärme war an keiner Stelle des Körpers aufgehoben.

Die Tumoren waren völlig schmerzlos. Keine Veränderung am Urin. Blutbild normal, WR leicht positiv.

Ich kannte damals die Beziehungen der Pigmentnävi zur Erbsyphilis noch nicht. Aber war die RECKLINGHAUSENsche Krankheit ein Ergebnis der Erbsyphilis? Da diese Theorie nicht in bestimmter Form aufgestellt ist, bleibt mein Zweifel daran noch bestehen. Weitere Untersuchungen werden diese Frage erst lösen können.

Digitized by Google

Da ich in keinem dermatologischen Werke Fälle von Tumoren von einem derartigen Umfange gefunden habe, sandte ich an meine Kollegen einige Exemplare der Photographien des Kranken.

Die Namen molluskoide Nävi oder Recklinghausensche Krankheit oder Molluscum simplex, pendulum oder Fibroma molluscum oder Neurofibromatose, molluskiforme Nävi wurden hervorspringenden Tumoren gegeben mit schlaffer, gerunzelter, gefalteter oder verdünnter Haut von lebhafter Farbe und von erweiterten Gefäßen durchzogen, großenteils gestielt oder mit breiter Basis, deren Konsistenz bald teigig bald ein wenig derber ist. Die Geschwülste entwickeln sich in der Haut und in dem Unterhautgewebe. Sie können durch Druck mehr oder weniger verdrängt werden, im Augenblick des verdrängenden Druckes kann man unter der Haut eine Art fibrösen Ring bemerken, der dem Stiel entspricht.

In den Geschwülsten fühlt man eine Reihe von Knötchen, die keine Symmetrie haben. Der Umfang der Geschwülste schwankt zwischen dem einer Erbse und einer Nuß und kann selbst, wie in unserem Falle, die Größe eines Menschenkopfes und noch mehr erreichen.

Wenn die Geschwülste an gewissen empfindlichen Stellen des Körpers sitzen, z. B. an den oberen Augenlidern, im Nacken, an den großen Schamlippen, können sie dem Kranken große Unbequemlichkeiten bereiten. Man trifft sie an allen Stellen des Körpers, dem Kopfe, den Gliedern, dem Thorax, den Handflächen, den Füßen. Wenn sie an den Augenlidern sitzen, können sie durch Druck auf den Augapfel das Sehen beeinträchtigen.

Die Geschwülste treten dicht zusammen und nehmen bisweilen die Form einer Weintraube an. Bei demselben Menschen kann man eine sehr schwankende und manchmal sehr beträchtliche Zahl von Geschwülsten antreffen. Modrzewski hat bei einem Kranken mehr als 300 beobachtet.

GauchER erklärt in seiner Abhandlung, daß man sie auf der Schleimhaut des Gaumenbogens und des Pharynx beobachten könne, aber Rist leugnet entschieden ihr Vorkommen auf den Schleimhäuten.

Man bemerkt bei dieser Art Kranken psychische Veränderungen und allgemeine und spezielle Störungen der Sensibilität. Z. B. Amblyopie, Einengung des Gesichtsfeldes, Schlaflosigkeit, Anästhesie oder vielmehr Hypästhesie der Haut, allgemein oder fleckweise.

Es findet sich auch beträchtliche Asthenie, sehr ausgesprochene Herabsetzung der Muskelkraft, Langsamkeit der Bewegungen, krampfartige, epileptiforme Erscheinungen, hysterische Krisen. Die psychischen Störungen zeigen sich in einer Verminderung der Intelligenz und des Gedächtnisses. Bei unserem Kranken zeigten sie sich unter der Form von Abgestumpftheit.

Gleichzeitig beobachtet man Verdauungsstörungen, Erscheinungen von seiten der Leber, respiratorische und Zirkulationsstörungen. Die Beobachtung dieser Erscheinungen beweist die zwischen den Symptomen der Addisonschen Krankheit und der Neurofibromatose bestehende Koinzidenz, wie das schon früher Chauffard und Thibierge bemerkt haben. Diese Tatsache ist bekannt aus der Behandlung der Opotherapie von H. Revillard.

Über die Natur der Entwicklung der Geschwülste sind verschiedene Theorien aufgestellt worden. Nach Rokitansky kommen sie von tiefen

Digitized by Google

Schichten des Koriums. Nach Virchow entsteht das Molluskum von der Bindegewebsumrahmung der Fettläppchen, nach Fagge und Howse von der Bindegewebswand der Haartasche. Die Ansicht Recklinghausens, der sie zu Neurofibromen macht beruht darauf, daß sie mit Neuromen der Hautnerven zusammenfallen. Für Unna sind diese Gebilde nur degenerierte weiche Nävi. Aber das Vorkommen weicher Nävi in lipomatöser Degeneration wird noch bestritten.

Die Geschwülste können wahrscheinlich von allen bindegewebigen Teilen der Haut und ihrer Anhänge entstehen.

Trotz Gaucher, der sagt, daß die Geschwülste sich entzünden, gangränös werden und an allen Stellen der Sitz eines Epithelioms werden können, erklären die deutschen Autoren, daß sie in ihrer Entwicklung nicht zur Eiterung führen. Ebenso schreibt Darier bei der Betrachtung der histopathologischen Grundlagen in seinem Werke folgendes: „Alle diese Naevi molluscum bestehen histologisch aus einem besonderen Bindegewebe mit feinen Bindegewebsfasern, sehr zahlreichen jungen Zellen ohne elastische Fasern. Es wandelt sich fast niemals in Krebs um." Tomaszewsky in seiner Arbeit in dem Werk von Riecke betont den Mangel elastischer Fasern in den Geschwülsten. Feindel schreibt den Ursprung der Krankheit zwei Ursachen: 1. einer Veränderung der Epidermis 2. einer Veränderung des Nervensystems, beide ektodermalen Ursprungs, als einer Erkrankung des Ektoderms zu (?).

Das Molluskum erscheint zur Zeit der Geburt oder später. Ein oder mehrere Symptome können bei dem Neugeborenen fehlen. Häufig besteht es gleichzeitig mit verschiedenen Arten von Pigmentnävi. Aus diesem Grunde zählt die Recklinghausensche Krankheit zu der Kategorie der Bildungskrankheiten und der Entwicklungsanomalien.

Da das Hospital von Kranken überfüllt war und ich den Befehl hatte, unter allen Umständen die nicht Militärdienstfähigen zu entlassen, konnte ich zu meinem Bedauern nicht einige Stücke zur histologischen Untersuchung entnehmen.

Schlußbemerkungen. Der Zweck, den ich bei der Veröffentlichung dieser Beobachtung verfolge, ist zu erfahren, ob wirklich ein Band zwischen der Syphilis und diesem Krankheitsbilde besteht, über das soviel gegensätzliche Ansichten bestehen und dessen pathologische Histologie uns ebensowenig ein bestimmtes Bild gibt.

Könnte für den Fall, daß wir das Bestehen einer Erbsyphilis annehmen, die Recklinghausensche Krankheit bei unserem Patienten als Folge dieser Erbsyphilis angesehen werden?

Können wir, indem wir uns der Theorie der Beziehung von Anomalien wie der Nävi zur Erbsyphilis anpassen, in gleicher Weise diese Beziehung für die Recklinghausensche Krankheit zulassen?

Digitized by Google

Aus der Abteilung für Hautkrankheiten der Budapester Graf-Albert-Apponyi-Poliklinik (Vorstand: Prof. Dr. LUDWIG TÖRÖK).

Die Behandlung der Syphilis mit „Trepol".

Von

Dr. EMERICH LEHNER und Dr. ERNST RADNAI.

Wir haben auf unserer Abteilung die Wirkung des im Pariser Laboratorium von CHENAL und DOUILHET erzeugten Trepols, einer 10%igen Olivenölsuspension des Kalium-Natrium-Bismuttartrates, in 13 Fällen von Syphilis erprobt. Wir verabreichten jeden zweiten Tag 2 ccm der Suspension; während einer Kur 10—12 Injektionen.

Fall 1. M. H., 30jähr. Pat., weiß von keiner luetischen Infektion, hatte nie einen Ausschlag und wurde gegen Syphilis nie behandelt. Vor einem Jahr Abortus im dritten Schwangerschaftsmonate.

Status praesens: Auf beiden Tonsillen und auf der Schleimhaut der Unterlippe scharf umschriebene, linsen- bis bohnengroße Plaques muqueuses. Allg. Adenopathie. WR stark positiv (+++). Vom 6. April bis 12. Mai jeden zweiten Tag 2 ccm Trepol, insgesamt 10 Injektionen. Am 8. April, 2 Tage nach der ersten Injektion, sind die Mund- und Rachenerscheinungen vollkommen geschwunden. Am 20. April geringgradiger Bismutsaum neben den unteren Schneidezähnen.

Die WR war am 12. Mai noch stark positiv (+++), am 16. Juni schwach positiv (+).

Fall 2. S. E., 22jähr. Klempnergehilfe. Vor 2 Monaten Sklerose am Orificium urethrae. Am 12. April entwickelte sich am Stamm, Hals und an den Extremitäten ein makulo-papulöses Exanthem. Starker Kopfschmerz, Nachtschweiße, allg. Adenopathie. Angina syphilitica. WR stark positiv (+++). Vom 12. April bis 17. Mai zweitägig je 2 ccm Trepol, insgesamt 13 Injektionen. Am 15. April, 3 Tage nach der ersten Injektion, sistierte der Kopfschmerz. Am Stamm sind nur vereinzelte Papeln und blasse Spuren einzelner Makulae sichtbar. Am 20. April ist der Ausschlag vollkommen geheilt.

WR. welche am 17. Mai noch stark positiv war, wurde am 20. Juni negativ.

Fall 3. Sz. J., 25jähr. Bäckergehilfe. Seit 3 Wochen an der Peniswurzel ein 20-hellergroßes Ulcus durum. In der linken Leistenbeuge eine taubeneigroße Lymphdrüse. Spirochätenbefund positiv. WR schwach positiv (+). Vom 13. April bis 15. Mai zweitägig je 2 ccm Trepol, insgesamt 12 Injektionen. Am 15. April, 2 Tage nach der ersten Injektion, war der Spirochätenbefund negativ. Am 18. April ist an der Stelle des Geschwürs ein erbsengroßes Infiltrat tastbar. Am 26. April, nach 5 Injektionen, ist das Infiltrat nicht mehr tastbar. Die Größe der Drüsenschwellungen blieb jedoch unverändert. Am 29. April geringgradiger Bismutsaum neben den unteren Schneidezähnen.

WR ist am 20. Mai schwach positiv (+), am 26. Juni negativ.

Fall 4. H. E., 19jähr. Pat., fühlt sich seit 3 Monaten krank, ist appetit- und schlaflos. Starker Kopfschmerz. Pat. ist abgemagert. Am Stamm, an der Stirn, am Hals und am Rücken ist ein makulopapulöses Exanthem sichtbar, allg. Adenopathie. WR stark positiv (+++). Vom 18. April bis 18. Mai wurden jeden zweiten Tag 2 ccm Trepol injiziert, insgesamt 10 Injektionen. Nach der ersten Injektion verschwanden die Allgemeinerscheinungen (Kopfschmerz, Nachtschweiß). Die Ausschläge waren nach der vierten Injektion geheilt. Am 9. Mai geringfügige Stomatitis. Neben den unteren Incisiven Bismutsaum.

WR am 19. Mai stark positiv, am 26. Juni negativ.

Fall 5. J. I., 32jähr. Kaufmann. Vor 5 Jahren aquiriert er Lues, erhielt damals 6 Hg-Injektionen, blieb seither unbehandelt. Sein jetziges Leiden besteht seit 2 Monaten. Über dem linken Scheitelbein, an einer handtellergroßen Stelle, sind dicht aneinander erbsen- bis haselnußgroße, im Korium sitzende, auf der Hautoberfläche halbkugelförmig

Digitized by Google

hervorragende, bläulichrote Infiltrate tastbar. Aus einem in der Mitte der Hautveränderung sitzenden, sich weich anfühlenden nußgroßem Knoten entleert sich auf Druck eine serös-eitrige Flüssigkeit. WR stark positiv (++++). Vom 20. April bis 22. Mai zweitägig je 2 ccm Trepol, insgesamt 10 Injektionen. Nach 2 Injektionen sind die Infiltrate etwas abgeflacht. Der Prozeß heilte nach der siebenten Injektion. Nach der vierten Injektion mäßiger Bismutsaum.

WR ist am 22. Mai stark positiv, am 20. Juni schwach positiv (+).

Fall 6: N. J., 23jähr. Arbeiter. Seit 10 Tagen ein bohnengroßes Ulcus durum am Penisrücken. Spirochätenbefund positiv. WR negativ. In der linken Leistenbeuge zwei nußgroße Lymphdrüsen. Vom 20. April bis 22. Mai zweitägig je 2 ccm Trepol, insgesamt 12 Injektionen. Nach der zweiten Injektion ist das Geschwür epithelisiert, Spirochäten konnten nicht mehr nachgewiesen werden. Nach der dritten Injektion war an der Stelle des Geschwürs ein erbsengroßes Infiltrat tastbar, welches nach der fünften Injektion vollständig resorbiert war. Zur selben Zeit entstand neben den unteren Schneidezähnen geringfügiger Bismutsaum.

WR am 20. Mai und 20. Juni negativ.

Fall 7. H. L., 33jähr. Pat., ist seit drei Wochen krank, appetitlos, von Kopfschmerz geplagt. Am 25. April ist am Stamm und den Extremitäten ein makulo-papulöses Exanthem sichtbar. Im Rachen und an den Tonsillen Plaqn muqueuses. Allg. Adenopathie. WR stark positiv (++++). Vom 25. April bis 19. Mai je 2 ccm Trepol zweitägig, insgesamt 10 Injektionen. Am 2. Mai, nach der zweiten Injektion, sind die Plaques muqueuses im Munde und an den Tonsillen vollkommen verschwunden, der Ausschlag zum größten Teile geheilt. Am 8. Mai, nach der vierten Injektion, sind sämtliche Erscheinungen verschwunden, mäßiger Bismutsaum an den unteren Schneidezähnen.

WR ist am 19. Mai stark positiv (++++).

Fall 8. J. S., 20jähr. Arbeiter. Seit 3 Wochen an der Eichel ein bohnengroßes Ulcus durum. In der linken Leistenbeuge ist eine taubeneigroße Lymphdrüsengeschwulst tastbar. WR schwach positiv (+). Spirochätenbefund positiv. Vom 3. Mai bis 10. Juni zweitägig je 2 ccm Trepol, insgesamt 10 Injektionen. Am 5. Mai, 2 Tage nach der ersten Injektion, sind aus dem unveränderten Geschwür keine Spirochäten nachweisbar. Das Ulkus selbst heilte nach der dritten Injektion. Am 10. Mai, nach der dritten Injektion, ist das Zahnfleisch des Ober- und Unterkiefers in seinem ganzen Umfange geschwollen, dunkelrot, an einzelnen Stellen neben den Schneidezähnen geschwürig. Sowohl am Zahnfleisch wie an der Schleimhaut der Unterlippe traten umschriebene, bis linsengroße, graubraune Flecken auf. Die Zahnfleischentzündung heilte auf Jodpinselung und Mundspülung (Hyperol) im Verlaufe einer Woche ab, die graubraunen Flecken blieben jedoch bestehen. Während dieser Zeit wurde die Trepolbehandlung ausgesetzt.

WR am 10. Juni und 10. Juli negativ.

Fall 9. P. S., 25jähr. Feuerwehrmann. Am Frenulum ein auf dem Sulcus coronarius übergreifendes, seit 8 Tagen bestehendes erbsengroßes Ulcus durum. Spirochätenbefund positiv, WR negativ. Vom 7. Mai bis 7. Juni zweitägig 2 ccm Trepol, insgesamt 12 Injektionen. Am 6. Mai, nach der ersten Injektion, sind Spirochäten aus dem Geschwür noch nachweisbar. Am 8. Mai, nach der zweiten Injektion, Spirochätenbefund negativ. Nach der dritten Injektion heilte das Geschwür und sein Infiltrat vollständig ab.

WR am 10. Juni und 10. Juli negativ.

Fall 10. Sz. J., 22jähr. Arbeiter. Im Sulcus coronarius ein Ulcus durum, welches vor 4 Wochen entstand. Am Stamm, an der Brust und den Extremitäten ist ein makulo-papulöses Exanthem sichtbar. Am Skrotum einzelne erodierte Papeln. Allg. Adenopathie. WR stark positiv (++++). Vom 5. bis 26. Mai je 2 ccm Trepol, insgesamt 10 Injektionen. Das Geschwür epithelisierte sich nach der dritten Injektion, blieb jedoch infiltriert. Gleichzeitig schwanden die Papeln am Scrotum und Stamm. Einzelne blasse Flecken blieben am Stamme sichtbar. Am 15. Mai, nach der vierten Injektion, waren alle Erscheinungen geschwunden, gleichzeitig geringer Bismutsaum an den unteren Schneidezähnen. Am 26. Mai, nach der zehnten Injektion, entstand Gingivitis. Das Zahnfleisch gedunsen, graubraun verfärbt, der Gingivalrand an einzelnen Stellen geschwürig. Auf Behandlung (Jodtinktur, Mundwasser) heilte die Zahnfleischentzündung im Verlaufe einer Woche.

WR am 2. Juni schwach positiv (+), am 10. Juli negativ.

Digitized by Google

Fall 11. S. J., 24jähr. Feldarbeiter. Am Stamm makulo-papulöses Syphilid. Im Sulcus coronarius eine in Heilung begriffene Sklerose. Allg. Adenopathie. WR stark positiv (+++). Am 12. und 14. April je 2 ccm Trepol. 3 Stunden nach der zweiten Injektion tritt unter heftigem Schüttelfrost Brechreiz, starker Kopfschmerz, Fieber (38,5) und am nächsten Tage eine Stomatitis auf. Die Fieberreaktion und der Brechreiz verschwanden in 24 Stunden. Der Ausschlag vergangen. Pat. wurde Trepol nicht weiter verabreicht.

Fall 12. S. P., 20jähr. Arbeiter. An der inneren Lamelle der Vorhaut ein bohnengroßes Ulcus durum. In beiden Leistenbeugen sind taubeneigroße Lymphdrüsengeschwülste tastbar. Spirochätenbefund positiv. WR negativ. Vom 20. April bis 25. Mai zweitägig je 2 ccm Trepol, insgesamt 10 Injektionen. Am 21. April, 1 Tag nach der ersten Injektion, sind Spirochäten aus dem Geschwür nicht mehr nachweisbar. Das Geschwür selbst heilte nach der dritten Injektion.

WR am 25. Mai und 16. Juni negativ.

Fall 13. N. N., 25jähr. Beamter. Syphilisinfektion vor einem Jahre. Seither entstehen zeitweise sich wiederholende Plaques bald im Munde, bald im Rachen oder auf der Zunge. Das Auftreten dieser Plaques konnte weder die intensive Salvarsankur noch das Quecksilber verhindern. Eine dieser Plaques, welches im Dezember des Vorjahres an der Zungenspitze aufgetreten ist, verging selbst nach energischer Salvarsan- und Hg-Kur nicht (Pat. erhielt 5 à 0,3 und 6 à 0,45 Neosalvarsan, 10 Hg-succinimidat-Injektionen à 0,03 und eine 10% Kalomelinjektion).

Am 20. April 2 ccm Trepol, nach 3 Tagen war die Plaque verschwunden. Pat. erhielt seither noch einige Trepolinjektionen.

Unseren Erfahrungen gemäß ist demnach die Trepolwirkung auf luetische Haut- und Schleimhauterscheinungen eine sehr energische, so daß sich die Erscheinungen äußerst rasch zurückbilden.

Die Epithelisierung des primären Geschwüres nahm schon 48 Stunden nach der ersten Injektion seinen Anfang und war nach der zweiten, höchstens nach der dritten vollendet. Nach der vierten und fünften Injektion resorbiert sich auch das Infiltrat (Fall 3, 6, 8, 9, 12).

Die sekundären Ausschläge: makulo-papulöses Exanthem, Schleimhautplaques verschwanden nach der dritten bis vierten Injektion, erstere häufig mit Hinterlassung einer Pigmentation. Die Allgemeinerscheinungen (Kopfschmerz, Nachtschweiß usw.) wurden schon durch die erste bzw. zweite Injektion beseitigt. Der Zustand der Lymphdrüsen verändert sich während der Kur kaum merkbar (Fall 1, 2, 4, 7, 10, 11).

In einem Falle von tuberösen Syphilid (Fall 5) nahm die Heilung des Prozesses mit der zweiten Injektion ihren Anfang und war nach der siebenten Injektion beendet.

Das Verhalten der Spirochäten prüften wir in 5 Fällen. Alle 5 Fälle waren primäre Geschwüre. In 3 Fällen verschwanden die Spirochäten schon 2 Tage nach der ersten Injektion, in 2 Fällen erst 2 Tage nach der zweiten Injektion.

Im Gegensatz zu dem raschen Verschwinden der syphilitischen Symptome änderte sich während der Trepolkur die positive WR sehr langsam. Die folgende Tabelle zeigt das Verhalten der WR bei der Aufnahme, unmittelbar nach der Kur und 4—6 Wochen nach Vollendung der Kur.

Unmittelbar nach der Kur veränderte sich nur in 2 Fällen die WR, und zwar im Falle 8, wo die schwach positive (+) Reaktion negativ wurde, und im Falle 10, bei welchem die stark positive (+++) Reaktion schwach positiv (+) wurde. In sämtlichen anderen Fällen veränderte sich unmittelbar nach der Kur weder die positive, noch die negative

Digitized by Google

Reaktion. Bei Untersuchung des Blutes, 4—6 Wochen nach vollendeter Kur, fand sich, daß in 2 Fällen (Fall 1, 5) die stark positive (+++) Reaktion schwach negativ (+) wurde. In 3 Fällen (Fall 2, 4, 10) wurde die stark positive Reaktion, und in einem Fall (Fall 3) die schwach positive Reaktion negativ.

Nummer des Falles	Symptome	Die WR		
		bei der Aufnahme	unmittelbar nach der Kur	4—6 Wochen n. Vollendung der Kur
1	Sek. Rezidiv	+++	+++	+
2	Sek. Symptome	+++	+++	negativ
3	Sklerose	+	+	negativ
4	Sek. Symptome	+++	+++	negativ
5	Tertiäre Symptome	+++	+++	+
6	Sklerose	negativ	negativ	negativ
7	Sek. Symptome	+++	+++	n. erschienen
8	Sklerose	+	negativ	negativ
9	Sklerose	negativ	negativ	negativ
10	Sek. Sypmtome	+++	+	negativ
12	Sklerose	negativ	negativ	negativ

Müller (M. m. W., 1922, Nr. 15) fand in 5 Fällen im Frühsekundärstadium, daß die positive WR nach 8—10 Injektionen negativ wurde. Bei Fournier und Gummor verblieben die Fälle von Frühsekundärstadium nach der ersten Kur positiv und wurden erst nach der zweiten bzw. dritten Kur negativ.

Schwerere Inoixikationserscheinungen konnten wir in unserem Falle 11 beobachten. Hier trat 3 Stunden nach der zweiten Injektion Schüttelfrost auf, dem Brechreiz, hohes Fieber und Stomatitis folgte. Die fieberhafte Reaktion war nach 24 Stunden abgelaufen, gleichzeitig sistierte auch der bestandene Brechreiz. Die meisten Kranken vertrugen die ganze Behandlung recht gut. Harnuntersuchungen vollführten wir während der Kur wiederholt bei unseren Patienten, ohne ein Abweichen von der Norm zu beobachten.

Schmerzgefühl trat 2—3 Stunden nach der Injektion auf, dieses war nicht stärker, als nach der Injektion eines unlöslichen Hg-Präparates.

Nach der vierten bis fünften Injektion entstand in allen Fällen in der Gegend der unteren Schneidezähne, manchmal auch an den oberen Inzisiven, ja selbst entlang der anderen Zähne eine zarte, graubraune Verfärbung der Gingiva (Bismutsaum). Ähnliche graubraune Flecke entstanden in einigen Fällen nicht nur auf dem Zahnfleisch, sondern auch auf der Lippenschleimhaut und im Munde. Diese Verfärbung beeinflußte die Fortsetzung der Kur nicht, erzeugte auch keine subjektiven Beschwerden, bestand jedoch regelmäßig recht lange unverändert.

Seltener trat Entzündung des Zahnfleisches auf, und zwar im Fall 8 nach der dritten, im Fall 10 nach der zehnten, im Fall 11 jedoch schon nach der zweiten Injektion. Das Zahnfleisch war geschwollen, graubraun verfärbt, der Zahnfleischsaum, hauptsächlich entlang den Schneidezähnen, von kleinen Geschwüren besät. Die Stomatitis verlief aber unter viel milderen subjektiven Erscheinungen als eine Hg-Stomatitis

Digitized by Google

und schwand verhältnismäßig rasch (in 8—10 Tagen) unter einer milden Behandlung (Jodpinselung, Hyperol-Mundwasser).

Auf Grund unserer Beobachtungen können wir das Trepol für ein gutes Antisyphilitikum erklären, welches rasche Heilung der syphilitischen Haut- und Schleimhauterscheinungen bewirkt und gelegentlich bei der Syphilistherapie in Anwendung genommen werden kann. Die Entdeckung eines neuen Antisyphilitikums ist stets freudig zu begrüßen, da ein jedes unser Arsenal gegen die Syphilis bereichert. Es dürften die Bismutsalze speziell in jenen Fällen von besonderem Nutzen sein, welche sich gegenüber dem Hg und Salvarsan refraktär verhalten, oder bei welchen gegenüber diesen Mitteln eine Idiosynkrasie besteht.

Fachzeitschriften.

The Urologic and Cutaneous Review.

Juni 1922, Bd. 26, Nr. 6.

Hämaturie infolge von Cantharidinvergiftung. Zystoskopische Befunde (Haematuria Due to Cantharides Poisoning. Cystoscopic Findings), von David R. Mellen-Rochester, N. Y. Die Empfindlichkeit gegen Canthariden ist bei verschiedenen Personen eine sehr verschiedene. In dem beschriebenen Falle war eine die oft tödliche Dosis übersteigende Menge genommen worden. Zystoskopisch zeigte sich Absonderung blutigen Urins aus beiden Nieren, Blase und Urethra posterior, stark kontrahiert, bullöses Ödem.

Intermittierende Hydronephrose infolge anormaler Nierenarterie chronische Appendizitis vortäuschend (Intermittent Hydronephrosis Due to Abnormal Renal Artery and Simulating Chronic Appendicitis), von Thomas Cottrell-Chicago, Ill. Akzessorisches, vom unteren Pol der Niere ausgehendes Gefäß, das den Ureter komprimierte. Gewöhnlich ist in derartigen Fällen die Niere dislociert, deshalb ist außer Beseitigung des anormalen Gefäßes auch Nephropexie erforderlich.

Bimanuelle Massage der Samenblasen, der eitrigen Prostatitis und des drohenden Prostataabszesses (Bimanual Massage of the Seminal Vesicles, Suppurative Prostatitis and Threatening Abscess), von John C. Spencer-San Francisco, Cal. Besonders bei reichlichem Pannikulus und starken Bauchmuskeln empfiehlt es sich, bei voller Blase zu untersuchen und den Pat. dauernd tief atmen zu lassen. Bisweilen ist die Steinschnittlage von Vorteil. Auch bei drohendem Prostataabszeß ist die Methode von großem Erfolge und kann den Pat. vor den sonst großen Gefahren eines Durchbruches bewahren. Zur Unterstützung der Massage dienen heiße Mastdarmspülungen und Sitzbäder.

Heilung einer Gebärmutter-Blasenfistel durch Radium (Healing of Vesico-Uterine Fistula after Radium), von Dewell Gann-Little Rock, Arkansas. Intrauterine und intrazervikale Applikation; völlige Heilung zwei Monate danach.

Einiges über Salvarsanbehandlung (Fifteen Minutes of Salvarsanisation), von Raymond A. Kiefer-Paterson, N. J. Über dem Bestreben, eine negative WR zu erzielen, darf das Allgemeinbefinden des Pat. nicht vergessen werden, das sich fast regelmäßig im Verlaufe einer Salvarsanbehandlung wesentlich gegen den vorherigen Zustand verschlechtert. Salvarsan scheint bei den Syphiliserscheinungen, die zu ihrer Heilung eines destruktiven Prozesses bedürfen, von schlechter Wirkung zu sein.

Ein diagnostisch wichtiges Augensymptom bei der Syphilis (An Important Diagnostic Eye Symptom in Syphilis), von Cornelius James Seay-New York. Regelmäßig im späteren Primär- und im Sekundärstadium zu beobachtender auffallender Glanz des Auges, ähnlich dem bei Fieber, jedoch im Gegensatz zu diesem mit einem Untergrund von Schwäche. Im tertiären Stadium wurde es niemals beobachtet, das Sehen ist nicht beeinträchtigt, subjektive Symptome bestehen nicht.

Kombinierte Methoden bei der Behandlung maligner Geschwülste der Unterlippe (Combined Methods in the Treatment of Malignances of the Lower Lip), von Walter A. Weed-Birmingham, Ala. Bei frühzeitiger Behandlung wirken Radium- oder

Digitized by Google

Röntgenbestrahlungen spezifisch; bei späterer Behandlung verschlechtern sich die Chancen, sowohl bei chirurgischer Behandlung wie bei Bestrahlungen.

Plastische Operationen an der weiblichen Blase und Harnröhre (Plastic Surgery of the Female Bladder and Urethra. With a Report of Three Illustrative Cases), von HENRY P. NEWMAN-San Diego, California.

Blasenpapillom. Bericht über einen rezidivierenden Fall (Papilloma of the Bladder. Report of a Case with Recurrence), von RICHARD H. VAN DENBURG-Los Angeles, California. Empfehlung der Fulguration.

Über eine neue Behandlung des Trippers (Report on a New Treatment of Gonorrhoea), von FREDERIC S. MASON-New York. Die Methode beruht auf der Einführung von Lösungen in die Harnröhre, die geeignet sind, die Zellwände zu durchdringen und das Zytoplasma der Gonokokken zu erreichen und anderer, die die Gonokokken durchdringen. Durch Reaktion mit dem Zytoplasma der Gonokokken sollen sich unlösliche Niederschläge bilden, die die Zellneubildung verhindern. In Reagenzglasversuchen erwiesen sich als wirksam Methylenblau 1 : 1000, Trypaflavin 1 : 1000, Merkurochrom 1 : 500, Pikrinsäure 1 : 2000. E. Levin-Berlin.

Actas dermo-sifiliográficas.

April bis Juli 1921, Nr. 4 und 5.

Spanische Gesellschaft für Dermatologie und Syphilis.

Sitzung vom 1. April 1921.

SAINZ DE AJA: **Keloidakne** im Nacken wurde durch Radium geheilt. Die Stellen am Kopf, die aus Vorsicht nicht dem Radium ausgesetzt waren, sollen mit Pepsin weiterbehandelt werden. Pepsin hat bei anderen Kranken gute Resultate gegeben.

SAINZ DE AJA: **Salvarsanexanthem.** Ein Kranker wurde vor 9 Jahren mit Arsen innerlich behandelt. Während der Behandlung trat ein scharlachartiges Exanthem und eine braune Pigmentation auf. Vor kurzer Zeit wurde der Pat. als luesverdächtig mit Neosalvarsan injiziert. Bei der 4. Injektion zeigte sich bereits das alte Exanthem wie auch die Pigmentation. Es handelt sich um eine hochgradige Intoleranz gegen Arsen.

SAINZ DE AJA: Übertragung **venerischer Schanker** durch gesunde Personen.

BEJARANO: **Syphilis des Zerebellums.**

PORTILLA: **Fall zur Diagnose;** wahrscheinlich Syphilis der Schädelknochen.

Sitzung vom 6. Mai 1921.

SAINZ DE AJA: **Radiodermitis** von langer Heilungsdauer. Kranke mit Lupus an Hand und Unterarm wurde mit Radium behandelt. Der Lupus verheilte, es blieben zwei 2 mm tiefe Ulzerationen, die SAINZ auf eine Radiodermitis zurückführt. Bei allen Kranken, die bisher von SAINZ mit Radium behandelt wurden, ist dies der erste Fall, der eine stärkere Schädigung davontrug. Zwei Ursachen zieht SAINZ für diese Radiumschädigung heran. Entweder es handelt sich um eine besondere Radiumsensibilität bei dieser unterernährten Person, oder das Radium strahlt nicht gleichstark zu allen Zeiten aus.

SAINZ DE AJA: Therapeutischer Gebrauch des **Terpentins** bei **pemphigoiden Läsionen,** gewöhnlichem Pemphigus, bei dem vegetierenden Pemphigus mit der pustulösen Dermatitis in Herden und bei der Dermatitis DUHRING. Bei den ersten beiden Krankheiten war der Erfolg null, während bei der Dermatitis DUHRING das Resultat überraschend war. Die Krankheit wurde nach 7jähr. Dauer geheilt.

SAINZ DE AJA: Ein Kranker mit **venerischem Granulom** wurde mit Tartarus stibiatus behandelt, etwa 20 Injektionen, beginnend mit 0,03, steigend zu 0,04, 0,05, 0,06. Heilung.

SAINZ DE AJA: Eine **Parapsoriasis** wurde mit Pilokarpininjektionen ohne Erfolg behandelt.

COVISA: Ein Kranker mit einem **Lichen** zeigte nach Einnahme von Solutio Fowleri Pigmentation. Die Einnahme des Medikamentes wurde suspendiert, mit Salvarsan weiterbehandelt. Danach trat eine erhebliche Verschlimmerung des Lichen ein. Nach einer nunmehr vorgenommenen Lumbalpunktion besserte sich der Lichen.

SAINZ DE AJA: **Dauerbehandlung der Syphilis.**

Digitized by Google

Syphilitische Autosuperinfektion, von J. F. DE LA PORTILLA. Tagelöhner, 23 Jahre alt, erwarb einen syphilitischen Primäraffekt am inneren Präputialblatt, erhielt vier Injektionen graues Öl. Der Schanker verheilte. Nach sechs Monaten stellte er sich wieder vor mit einem neuen Primäraffekt an derselben Stelle. Verf. geht an Hand der Arbeit von ARZT in der Derm. W. vom 30. IV. 1921: „Über die Frage der syphilitischen Auto- und Reinfektion" zur kritischen Betrachtung dieser Frage über.

Hydrotherapeutische Behandlung der Syphilis, von E. A. SAINZ DE AJA. Die ausschließliche hydrotherapeutische Behandlung der Syphilitiker ist nicht imstande, diese von ihrer Krankheit zu heilen. Unterstützend ist diese Behandlungsmethode von großem Wert. Bei Personen, die gegen Hg überempfindlich sind und gegen die geringsten Hg-Quantitäten reagieren, kann eine gleichzeitige Bäderkur, Kochsalzschwefelbäder, die Toleranzdosis erheblich heraufsetzen. Nach einer Hg-Kur mit nachfolgender starker Sättigung und Intoxikation durch Hg, wird Hg durch die Bäder ausgeschieden, so daß später mit einer neuen Kur wieder begonnen werden kann. Weiterhin können durch Bäder alte Hg-Depots in den Kreislauf gebracht werden. Eine Reaktivierung der Syphilis ist die Folge. Im übrigen leistet die Bäderbehandlung hervorragende Dienste bei Syphilitikern, die gleichzeitig an anderen Krankheiten, Skrofulose, Leberkrankheiten, Herzkrankheiten usw. leiden. Jedoch ist dann immer das dementsprechende Bad auszusuchen.

Endovenöse syphilitische Behandlung, von E. A. SAINZ DE AJA. Die Arbeit enthält Bemerkungen über die Technik der intravenösen Injektion, besonders bei dunkeln Medikamenten; Bemerkungen über einen Chok nach intravenöser Injektion von Hg cyanat. Der Chok rührt von der Blausäure her. Bei anderen Zusammensetzungen der Blausäure hat der Verf. denselben Chok bemerkt.

Sitzung vom 3. Juni 1921.

JIMENO: Urticaria pigmentosa.

GARCIA CASAL: Alopecia totalis. Vollständige Heilung mit Thyreoidin und Hypophysin.

GARCIA CASAL: Fall von Induratio penis plastica.

COVISA: Fall von Porokeratosis MIBELLI, beachtenswert wegen seiner Ähnlichkeit mit Lupus erythematodes discoides anularis. Ferner Fall von Sporotrichosis mit Lymphangitis. Kal. jod. führte zur schnellen Heilung. Ferner eine Myositis syphilitica des Masseter. Die sehr schmerzhafte Affektion besserte sich bereits nach der ersten Salvarsaninjektion von 0,15 g.

PORTILLA: Ausgedehnte Keloide nach Verbrennung.

SAINZ DE AJA: Multiple Hautsarkome. Dermatitis DUHRING. RAYNAUDsche Gangrän.

Die Sitzung wurde geschlossen mit einer eingehenden Diskussion über Silbersalvarsan. Die Redner stimmten darin überein, daß das Silbersalvarsan den bisherigen Salvarsanpräparaten, besonders mit bezug auf die Einwirkung auf die WR, überlegen ist.

Sitzung vom 10. Juni 1921.

Diese Sitzung beschäftigte sich mit einer Reform der von der Gesellschaft herausgegebenen Zeitschrift. Sie bestimmte unter anderem die Referenten der ausländischen Fachschriften.

Exantheme nach Salvarsan, von E. A. SAINZ DE AJA. Nicht nur die Häufigkeit, sondern in erster Linie die Schwere der Schädigungen durch Salvarsan veranlaßt den Verf., der Untersuchung dieser Frage näher zu treten. Seit 1918 treten auch in Spanien die Salvarsanschädigungen gehäuft auf. Verf. ist der Meinung, daß die jetzigen Hersteller des Salvarsans vielleicht nicht die Erfahrung besitzen in der Herstellung des Produktes als die früheren. Besonders das französische Fabrikat Billon ist äußerst schlecht. Die Salvarsanschäden zeigen sich oft bereits schon nach der ersten Injektion oder gleich im Anfang, andere Schäden treten dagegen viel später auf. Die ersteren führt der Verf. auf Anaphylaxie, die zweite Art Schädigung auf Sättigung durch Salvarsan oder eigentliche Intoxikation zurück. Dementsprechend nimmt er die Einteilung in zwei Hauptgruppen von Salvarsanschädigungen vor. Die Ausschläge durch Anaphylaxie hervorgerufen, sind verschiedenster Art, masernartig, scharlachartig, urtikariaartig usw., niemals sah der Verf. hämorrhagische oder purpuraartige Exantheme. Die Exantheme treten gewöhnlich bald nach der Injektion auf, einige Stunden oder auch seltener einige Tage später. Die Behandlung geschieht durch Impfung, Adrenalin oder Atropin. In erster Linie ist sie prophylaktisch. Die Hautschädigungen der zweiten

Digitized by Google

Gruppe, der Salvarsansättigung, der Intoxikation, treten erst nach einigen Injektionen, oft erst nach Beendigung der Kur auf, sind schwererer Natur, hartnäckiger, oft mit Komplikationen, dehnen sich manchmal über Monate aus. Die Arbeit schließt mit dem Bericht über fünf klinische Fälle von Salvarsanschädigungen.

Anaphylaxie bei Salvarsan. Gegenwärtiger Stand der Therapie, von E. A. Sainz de Aja. Diejenigen Salvarsannebenerscheinungen, die unmittelbar nach der Injektion auftreten, sind auf Anaphylaxie zurückzuführen. Ausgenommen ist eine kleine Gruppe, die auf schlechte Präparate zurückzuführen sind. Verf. hat verschiedentlich eine Anzahl Patienten mit dem Salvarsan der gleichen Seriennummer injiziert. Bei allen Patienten traten Nebenerscheinungen auf. Die toxische Wirkung des schlechten Salvarsans hat diese Erscheinungen hervorgerufen. Diese Gruppe ist nicht zur Anaphylaxie zu rechnen. Verf. gibt sodann eine kurze Beschreibung der drei Hauptgruppen der Salvarsannebenerscheinungen, der Anaphylaxie, der Herxheimerschen Reaktion und der Intoxikation durch Übersättigung. Die Bekämpfung der Anaphylaxie ist eine prophylaktische und eine therapeutische. Der Verf. erwähnt drei Methoden: die Methode Besredka-Millian, bei der man Impfung und Adrenalin als Prophylaktikum verbindet, die Methode Besredka-Stokes, bei welcher man Atropin mit Impfung kombiniert, und die Methode Stokes-Millian, die Atropin und Adrenalin anwendet. Der Verf. verfährt nun bei Anaphylaxie folgendermaßen. Haben sich die anaphylaktischen Erscheinungen bereits eingestellt, so injiziert er intravenös 1 mg Adrenalin und 1 mg Atropin und gleichzeitig dieselben Dosen beider Medikamente subkutan bei schweren Fällen, bei leichteren Fällen begnügt er sich mit der subkutanen Injektion der angegebenen Medikamente. Ist ihm die Anaphylaxie des Patienten bekannt, so injiziert er subkutan 1 mg Atropin und intravenös den 10. Teil der zu injizierenden Salvarsanmenge. Den Rest gibt er intravenös $^1/_2$ oder $^1/_4$ Stunde später. Niemals gibt er bei anaphylaktischen Kranken mehr als 0,45 als Einzeldosis.

Pilokarpin bei der Parapsoriasis, von E. A. Sainz de Aja. Nach einer historischen Mitteilung über Behandlung der Parapsoriasis mit Pilokarpin berichtet Verf. über zwei Fälle derselben Krankheit, mit demselben Medikament aber ohne Erfolg behandelt.

Ein Todesfall durch graues Öl, von F. L. Muellebes. Mitteilung der Krankengeschichte und des Sektionsbefundes eines Todesfalles nach Injektion mit grauem Öl.

H. Deselaers-Krefeld.

Dermatologische Zeitschrift.

März 1922, Bd. 35, H. 6.

Die Bedeutung des unspezifischen Heilfaktors in der Syphilistherapie, von J. Kyrle-Wien. S. 313—332. Von dem Gedanken ausgehend, daß eine rationelle Syphilistherapie die Mitwirkung des Organismus bei der Unschädlichmachung der Krankheitserreger berücksichtigen muß, hat K. den Plan gefaßt, die Abwehrkräfte des erkrankten Körpers zu aktivieren. Die Erzeugung von Fieber erscheint ihm als das geeignete Mittel, die Menge der spezifischen Therapeutika zugunsten der unspezifischen herabzusetzen. Diesem Verfahren ist zunächst kein Erfolg beschieden. Die Hg-Salvarsan-Fiebertherapie zeigt erst dann zufriedenstellende Resultate, als man beginnt die früher gewohnte Menge der spezifischen Antisyphilitika voll anzuwenden. Als fiebererregendes Mittel wird zunächst Arthigon gegeben. Um dem gesteckten Ziel näher zu kommen, wird später Mirion, ein Jodpräparat, verabreicht (etwa jeden 2. Tag intramuskulär bis zu 20 und mehr Injektionen). K. ist davon überzeugt, daß durch Einfügung des unspezifischen Faktors in die Therapie ein Schritt nach vorwärts getan worden ist; er lehnt es ausdrücklich ab, der Jodwirkung als solcher irgend einen bedeutenden Einfluß einzuräumen.

Die umschriebene Verminderung des Gleichstromwiderstandes der Haut, von Julius K. Mayr-München. S. 332—339. Der verminderte Gleichstromwiderstand der Haut kann an gewissen Bezirken, wie Penis, Brustwarzenhof bei beiden Geschlechtern, Skrotum, physiologisch genannt werden. An Bauch, Rücken und Innenseite der Oberschenkel zeigt sich bei einer nicht unbeträchtlichen Anzahl von Individuen ebenfalls eine erhöhte Leitungsfähigkeit. M. führt dieses Phänomen auf das Vorhandensein von glatter Muskulatur an allen oben genannten Stellen zurück.

Digitized by Google

Ein Fall von ausgedehntem Leukoderm bei Parapsoriasis guttata, von Emil Zurhelle-Bonn. S. 334—342. Schilderung eines hierher gehörigen, extrem ausgeprägten Falles. Besonderheiten: Jugendlicher, männlicher Pat., isoliertes Befallensein der Augenlider, relativ guter Erfolg der eingeleiteten Therapie.

April 1922, Bd. 36, H. 1.

Walter Freibons' Anschauungen über den Aufbau der Epidermis im Lichte vergleichend histologischer Betrachtung, von W. J. Schmidt-Bonn. S. 1—28. Zunächst gibt Sch., der Bonner Zoologe, eine gedrängte Zusammenstellung der Freibonsschen Anschauungen über den Bau der menschlichen Epidermis. F. muß sich den Vorwurf gefallen lassen, seine Theorien entwicklungsgeschichtlich nicht genügend fundiert zu haben; auch werden die Thesen anderer, von F. zitierter Autoren, die den zellulären Aufbau der Organismen glauben bestreiten zu können, scharf widerlegt. Auf Grund vergleichend histologischer Betrachtungen, unter Heranziehung eigener, jedoch nicht ad hoc gefertigter Arbeiten, zeigt Verf., daß die Epidermis kein vielkerniges Synzitium ist, und daß die Plasmafasern, deren nahe Verwandtschaft zum Protoplasma demonstriert wird, tatsächlich im Innern der Deckzellen liegen. Zur Erhärtung seiner Lehren hat Freibons auf die Morphologie der Wirbellosen sowie der niederen Wirbeltiere zurückgegriffen. Die ihm hierbei unterlaufenen Irrtümer sind auf mangelnde Technik der Darstellung, sowie Verkennung verschiedener anatomischer Tatsachen zurückzuführen. In seiner Schlußbetrachtung betont Sch. nochmals, daß kein Grund vorliege, die bisherige Auffassung vom Bau der menschlichen Epidermis fallen zu lassen.

Syphilisbehandlung ausschließlich mit Salvarsan (Altsalvarsan), von Rudolf Krefting-Kristiania. S. 28—40. Auf Grund zehnjähriger Erfahrung kommt K. zu folgenden Schlüssen: Von allen Salvarsanpräparaten hat sich Altsalvarsan als das beste und zuverlässigste erwiesen. Bei intravenöser Infusion, die 4—5 mal im Abstand von etwa 14 Tagen wiederholt wird, waren Todesfälle nicht zu verzeichnen. Die jeweils anzuwendende Salvarsanmenge schwankt zwischen 0,3 und 0,6 g. Für die Beurteilung des Heilerfolgs genügt die Original-WR im Blutserum. Die Anstellung der Lumbalpunktion wird verworfen; der provokatorischen Salvarsaninjektion wird ebenfalls kein Gewicht beigelegt. Seine Erfolge belegt Verf. mit einer Anzahl statistischer Daten (Reinfektionen und nach Stadien getrennte Syphilisfälle).

Über die Verwendung neuer Teerpräparate in der dermato-therapeutischen Praxis, von Wilhelm Born-Frankfurt. S. 40—49. Herxheimer hat eine Anzahl neuer Teerpräparate in die Therapie eingeführt; dieselben zeichnen sich durch schwache Verfärbung und Wegfall des störenden Geruches von den bisher gebräuchlichen aus. Bei richtiger Indikation genügen dieselben den in therapeutischer Hinsicht an sie gestellten Forderungen.

Mai 1922, Bd. 36, H. 2.

Ein Fall von Erythema mikrogyratum persistens, von Rul. Strempel-Bonn. S. 63—71. Der in der Bonner Hautklinik beobachtete und ausführlich wiedergegebene Fall von E. m. p. (der Name stammt von E. Hoffmann) gibt Str. Veranlassung, sich näher mit der Literatur über ähnlich geartete Krankheitsbilder auseinanderzusetzen. Erwähnt sei, daß in dem einschlägigen Fall eine Angina mit anschließender Stomatitis und Gingivitis als erwiesenes ätiologisches Moment in Frage kommt. Das Zustandekommen der beschriebenen mikroskopischen Veränderungen wird als toxische Fernwirkung auf die Gefäße erklärt.

Über dermatoskopische Untersuchungen bei verschiedenen Hautkrankheiten, von Paul Hess-Bonn. S. 71—80. Für die Eindeutigkeit der mittels Dermatoskopie festzustellenden Beobachtungen ist ein gutes Instrumentarium Vorbedingung; als bestes derartiges Objekt hat sich Hess das von Müller angegebene Zeißsche Instrument erwiesen. Die Feststellungen des Verf. decken sich zum Teil mit denen anderer Autoren. Zusammenfassend unterscheidet er akut entzündliche und chronisch entzündliche Prozesse; als charakterisches Merkmal ersterer wird das Vorhandensein gut erhaltener Papillargefäße in großer Menge, erklärt, während bei den chronisch entzündlichen Vorgängen das Papillarsystem zurücktritt. In schwierigen Fällen, z. B. beim tertiären Hautsyphilid und beim Lupus vulgaris, kann, trotz Erkennung sehr interessanter Einzelheiten, die Methode als differentialdiagnostisch entscheidend nicht anerkannt werden. Hingegen ist es leicht möglich, durch mikroskopische Hautbeobachtung die Gruppe der urtikariellen Erytheme von anderen Exanthemen abzutrennen. Hyperkeratosen erweisen sich aus

Digitized by Google

leicht begreiflichen Gründen für die Hautmikroskopie als ungeeignet, die Befunde bei Skabies sind von „überraschender Klarheit und großer praktischer Bedeutung".

Bemerkungen zu der Arbeit von E. Hofmann und P. Mergelsberg über die Kölner Salvarsanstatistik, von Zinsser und Meirowsky-Köln. S. 80. Die Bemerkung klärt Irrtümer (durch Druckfehler entstanden) auf.

Entgegnung hierauf, von Edm. Hofmann und P. Mergelsberg-Bonn. S. 80. Nach Kenntnisnahme obiger Erklärung korrigieren Verf. teilweise ihre vorherigen Ausführungen; teils wird ihr Standpunkt weiter verteidigt.

Entgegnung gegen die Arbeit von W. J. Schmidt in Derm. Zschr., Bd. 36, H. 1, von W. Fribobs-Rostock. S. 81—88. Die Verteidigung von Fribobs eignet sich in allen ihren Einzelheiten nicht zur Wiedergabe in Form eines Referats. Nur so viel sei erwähnt, daß Fr. seine Theorie nach wie vor aufrecht erhält. Schmidt wird der Vorwurf gemacht, die von ihm bekämpften Anschauungen nicht mit eigenen Arbeiten nach den von Fr. angewandten Methoden (Unna-Färbung usw.) nachgeprüft zu haben.

Zu Walter Fribobs' Entgegnung, von W. J. Schmidt-Bonn. S. 88—93. W. J. Schmidts Antwort gipfelt ebenfalls in der Aufrechterhaltung seiner Vorwürfe: die Nachprüfung der Fribobsschen Lehren mit dessen Arbeitsangaben wird zugesagt.

F. Rosenberger-Hamburg.

Juni 1922, Bd. 36, H. 3.

Über einen Fall von rezidivierendem Erythema exsudativum multiforme mit vorwiegender Lokalisation an den Schleimhäuten, von L. Wertheim-Wien (Abt. Ehrmann). Es handelt sich um einen Fall von Erythema bullosum, welches chronisch verlief und rezidivierte. Lokalisation: Mundschleimhaut, Conjunktiva palpebrarum und Hände. Ätiologisch kommt eine eiternde Zahnfistel in Frage. Intravenöse Salvarsanbehandlung brachte die erste Attacke des Erythems schnell zur Abheilung; bei der zweiten Attacke blieb der Einfluß des Salvarsans zweifelhaft.

Peripherische Fazialislähmung im Beginne des Sekundärstadiums der Syphilis, von E. Lehner und E. Vajda (Abt. Török-Budapest). Zwei Fälle von vollständiger Fazialislähmung bei gänzlich unbehandelter frischer sekundärer Syphilis. In dem einen Fall trat auf spezifische Behandlung eine prompte Heilung der Lähmung ein; bei dem zweiten Patienten verzögerte sich die Heilung. Hier kann es sich um ein zufälliges Zusammentreffen von rheumatoider Fazialislähmung und Syphilis handeln. Im ersten Fall dagegen ist ein Zusammenhang zwischen Syphilis und Fazialislähmung sicher vorhanden. Wenn eine Fazialislähmung nach Beginn einer spezifischen Behandlung eintritt, muß man daran denken, daß die Lähmung auch durch Syphilis und nicht nur durch Salvarsan hervorgerufen werden kann. Der Erfolg einer antiluetischen Kur entscheidet diese Frage.

Über einige bei Balanitis vorkommende Spirochätenformen, von W. Krantz. Univ.-Hkl. Köln. Genaue Beschreibung von vier verschiedenen „Balanitisspirochäten". Eine von ihnen ist der Pallida sehr ähnlich und nur im Dunkelfeld von ihr zu unterscheiden.

Juli 1922, Bd. 36, H. 4.

Beitrag zur Autovakzine-Behandlung bei der Gonorrhoe, von W. Osswald. Univ.-Hkl. Tübingen. Es wurden zehn akute Blennorrhoefälle mit Autovakzine intravenös behandelt. Gleichzeitig fand eine lokale Behandlung statt. Diese zehn Fälle verliefen ohne Komplikationen. Es wurde ein schnelles Verschwinden der Gonokokken beobachtet. Ferner wurden 30 Pat. in verschiedenen Stadien der Blennorrhoe mit der Gonokokkeneiweiß-Autovakzine Hecht behandelt. Bei bestehenden Komplikationen wurde ein günstiger Einfluß festgestellt. Die Autovakzine-Behandlung wird prophylaktisch für akute Blennorrhoe empfohlen, um die bei jedem Tripper drohenden Komplikationen zu vermeiden.

Über Mirionbehandlung der Syphilis, von F. Mras-Klosterneuburg-Wien. Es wird über 110 Fälle von Syphilis berichtet, die zum Teil vor der kombinierten Kur mit Mirion behandelt wurden, zum Teil gleichzeitig. Zu irgend einem abschließenden Urteil konnte der Verf. nicht kommen.

Die umschriebene Verminderung des Gleichstromwiderstandes der Haut, von Julius K. Mayr, Univ.-Hkl. München. Der Gleichstromwiderstand der Haut steht im indirekten Verhältnis zu deren Reichtum an eingelagerten Muskelfasern und ist daher an den Stellen besonders niedrig, an denen physiologischer- oder abnormerweise eine Anhäufung von Muskelfasern vorhanden ist. Differentialdiagnostisch kann diese Tatsache zur Diagnose von Hautmyomen Verwendung finden, die ja bis jetzt in der Hauptsache nur histologisch zu stellen war.

E. Meyerhoff-Hamburg.

Digitized by Google

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 139, H. 2.

Beiträge zur Anatomie und Biologie der Haut. VIII. Biologische Deutungsversuche pathologischer Prozesse (Ekzem- und Zosterbläschen, ballonierende und retikulierende Degeneration, Entstehungsweise nicht parasitärer Hautexantheme), von Walter Friebobs, Hautklinik Rostock. S. 177—200. Bei der ballonierenden Degeneration Unnas entwickeln sich die Ballons durch Verlorengehen der Epithelfasern und durch konzentrisches Anlegen von Protoplasmamasse, während die retikuläre Degeneration infolge allgemeiner Verflüssigung und Ausschwemmung des Protoplasten und Erhaltenbleibens der Epithelfasern als Maschenwerk entsteht. Ekzembläschen sind Bildungen von Flüssigkeitssäcken, die das im übrigen unverändert bleibende Epithel verdrängen. Sie sind infolgedessen von denjenigen des Herpes zoster wesentlich verschieden, weil hier eine Zerstörung des Epithels vorliegt. Nur bei zosterähnlichen Dermatitiden finden sich Übergänge zwischen beiden Formen. Die Bezeichnung der Bläschen als uni- und multilokulär erscheint überflüssig. Die Gestaltung und Verteilung der Exantheme wird dadurch erklärt, daß die Toxine nicht in einer echten Lösung im Blute kreisen, sondern als feinste Tröpfchen, die durch eine Haut von Schutzkolloid abgekapselt sind. Diese Eigenschaft des Blutes verhindert die Noxen, das Blutserum zu durchdringen. Diese Tröpfchen werden von den Gefäßendothelien an Kutis und Epithel abgegeben. Sie nehmen die Stoffe auf, bilden sie um und geben sie in unschädlicher Form an die Zirkulation ab. Dieser Vorgang spielt sich entweder ohne jede Beeinflussung des Gewebes ab, oder aber er führt zu einer Reaktion, die nach Art der Noxe und der individuellen Empfindlichkeit verschieden sein kann. Infolgedessen sind auch die durch Toxine bedingten Exantheme denselben Gesetzen der Formbildung und der Verteilung unterworfen wie diejenigen, die durch korpuskuläre und bazilläre Elemente bedingt werden. Die Reaktion kann auch die Gefäße ergreifen und weiter zu einer explosionsartigen Auslösung führen (Anaphylaxie). Das gruppenweise Auftreten von Effloreszenzen kommt dadurch zustande, daß die im Serum suspendierten Stoffe im strömenden Blute zusammenbleiben und so in einzelne benachbarte Kapillarschlingen hineingedrängt werden. Auch bei angioneurotischen Zuständen ist ein gleichzeitig toxischer Einfluß anzunehmen.

Ein Beitrag zum Keratoma palmare et plantare hereditarium (Keratoma dissipatum Brauer), von Günther Braun, Hautklinik Rostock. S. 201—209. Die Unterseiten der Hände und Finger weisen mehrere hundert Effloreszenzen vom Typ des Keratoms auf. Die Effloreszenzen sind klein und gruppiert. Auch die Fußsohlen sind von den gleichen Elementen, nur in geringerer Zahl besetzt.

Die Elefantiasis der Schamlippen. Klinische Beobachtung und pathologisch-anatomische Bemerkungen, von Gravagna-Catania. S. 210—214. Die kleinen Schamlippen und die Klitoris bildeten einen harten, elastischen, indolenten knotigen Tumor, der mit dem Aussehen einer Weintraube verglichen wird. Nachweis der Pallida im Abstrich und Schnitt. Lues vor 7 Jahren.

Zur Frage der Epidermolysis bullosa hereditaria, von J. K. Mayr und R. Katz, Hautklinik München. S. 215—226. Die mitgeteilten Fälle betrafen ein Geschwisterpaar. In der Aszendenz keine weitere Erkrankung. Das 4 jähr. Mädchen zeigt deutliche Atrophien und Dystrophien (Nagelveränderungen und Blasenbildung, welche sich nicht artifiziell erzeugen läßt), umgekehrt entsteht bei dem 8 Monate alten Bruder eine Blasenentwicklung ohne Atrophie und Nagelveränderung auf artifizielle Reize. Die Beobachtung, daß sowohl die Form der einfachen als die der dystrophischen Epidermolysis in einer Familie auftreten kann, führt zu dem Schluß, daß beide Arten zu einer Krankheit zählen oder wesensgleich sind.

Beiträge zur Physiologie der Juckempfindung, von Stephan Rothmann-Gießen, Hautklinik Budapest. S. 227—234. Aus Versuchen, die an 5 Patienten angestellt wurden, ergibt sich, daß das Jucken als ein schwacher protopathischer Schmerz aufzufassen ist. Es ist unabhängig vom Tast- und scheinbar vom Temperatursinn, bei Verstärkung des auslösenden Reizes geht es ohne Qualitätsänderung in den stärkeren protopathischen Schmerz über.

Über Veränderungen des Blutbildes nach allgemeinen Krankheiten, von Reinhard Eichelbaum, Städt. Obdach, Berlin. S. 235—259. Bei symptomatischem Haarausfall nach Grippe, Bronchitis, Pleuritis, Pneumonie, Tuberkulose, Diphtherie,

Digitized by Google

Scharlach, Malaria, bei Magen-, Darmkrankheiten, Cholezystitis, Zystitis, Pyelitis, Sepsis, Polyarthritis, Basedow, Myxödem, Alopecia luetica, areata findet sich eine Lymphozytose, die vielfach mit atypischen Formen verbunden ist. Diese Lymphozytose zeigt einen Reizzustand des lymphatischen Systems an; eine manchmal bestehende Leukopenie einen geringen Grad von Insuffizienz des Knochenmarkes. Die Lymphozytose weist auf eine Störung eines Zentrums der inneren Sekretion hin, von dem in gleicher Weise Haarwachstum und Blutbild abhängen.

Zur Kenntnis tubulöser Hautgeschwülste, von C. Kreibich. Dtsche. Hautklinik Prag. S. 260—268. Zunächst werden zwei typische Naevi sebacei erwähnt, bei welchen sich unter der Talgdrüsenhyperplasie Schweißdrüsen befinden. Neben normalen weisen dieselben auch dilatierte, keratotisch verstopfte Gänge auf, manche enthalten reichlich Lipoid und ihre Zellen besitzen wabige Struktur der Talgdrüsen. Weiter wurde bei dieser Patientin eine Geschwulst beobachtet, die das Bild des Epithelioma adenoides cysticum Brooke bietet, soweit die Randpartien in Betracht kommen, in der Mitte aber dasjenige eines Schweißdrüsenadenoms. Eine dritte Beobachtung betrifft ein Karzinom, welches auf der Gesichtshaut tubulösen Typ zeigte, nach dem Übergang auf die Nasenschleimhaut dagegen kankroiden Bau mit soliden Strängen. Der letzte der untersuchten Tumoren ist ein papilläres Schweißdrüsenadenom, das sich innerhalb eines systematisierten Nävus entwickelte.

Follikularzyste und Spindelzellenepitheliom. Bemerkungen über das Wesen der Kopfatherome. Beitrag zur Bakteriologie der artifiziellen Akne, von Wilhelm Frei. Hautklinik Breslau. S. 269—283. Die Atherome des behaarten Kopfes stellen im allgemeinen Epidermoide dar (subkutaner Sitz, Wandbekleidung vom Typ des Hautepithels), keine Follikularzysten (kutaner Sitz, dünne und papillenlose Wand, Fett und Haare im Inhalt, evtl. Reste des Ausführungsganges und Haarbalggrundes). Die Mehrzahl der bisher beschriebenen Atherokarzinome entwickelten sich aus Epidermoiden. Ein sicherer Fall von Follikularzystenkarzinom wurde bei einem 23jähr., mit einer Ölakne behafteten Grubenarbeiter beobachtet. Ein tiefgreifendes Spindelzellenepitheliom hatte sich an der Stelle einer vereiterten Follikularzyste am Gesäß entwickelt. Die bakteriologische Untersuchung der Akneefflorescenzen ergab die Anwesenheit eines zu den Streptothricheen gehörenden Keimes neben gewöhnlichen Eitererregern.

Untersuchungen zur Frage der Einheitlichkeit der Rückenmarksflüssigkeit in den verschiedenen Bezirken an Fällen von Dermatosen, Tripper und Frühsyphilis, von W. Schönfeld, Hautklinik Greifswald. S. 284—293. Es liegt keine Veranlassung zur Annahme vor, daß Ventrikel- und Spinalliquor nicht miteinander kommunizieren und daß nach der Punktionshöhe der Gehalt an Zellen und Eiweiß in der Mehrzahl der Fälle wechsele. Unterschiede in der Zellzahl der Einzelportionen kommen bei fraktionierter Entnahme vor. Sie können um so größer sein, je höher die primäre Zellzahl ist. Sie sind durch die Fehlerquellen der Zählkammermethode erklärbar, ebenso der größere Zellreichtum der ersten Portionen. Abgesehen von Fällen, bei denen eine Rückenmarkskompression besteht, gibt die einzelne Lumbalpunktion Auskunft über den derzeitigen Gesamtzustand des Liquors.

Weiterer Beitrag zur Kenntnis der Acrodermatitis chronica atrophicans, von Max Jessner. Hautklinik Breslau. S. 294—312. In zwei Fällen von Acroderm. chron. atroph., von denen der erste auch Anetodermia maculosa und sklerodermatische Veränderungen zeigt, der andere nur ausgesprochene Hautatrophie, finden sich knotige Tumoren in der Gegend des Ellenbogens. In dem einen Falle handelt es sich um Bindegewebe mit zentraler Degeneration, die als eine Art trüber Schwellung bezeichnet wird, im anderen Falle um Fibrome, die Plasmazellen in Menge enthalten. Bei einer weiteren Patientin, die eine Acroderm. chron. atroph. aufweist, wird neben sklerodermatischen Herden und Ulzerationen eine Aussaat von Xanthomen und Tumoren am Ellenbogen festgestellt, die histologisch als Fibrosarkome erkannt werden. Diabetes und Cholesterinämie fehlen, Röntgenuntersuchungen ergeben bei 6 Fällen eine mehr oder weniger starke Atrophie einzelner Knochen an den akrodermatitischen Extremitäten. Abbauuntersuchungen von Organsubstraten lassen schließen, daß bei Acroderm. chron. atroph. eine Störung der Drüsen mit innerer Sekretion vorliegt.

Beiträge zur Paraffintechnik der Haut, von Walter Freudental. Hautklinik Breslau. S. 306—312. Feststellende Untersuchungen über die optimalen Einbettungszeiten von in Alkohol gehärteten Gewebsstücken, über die Methoden der Aufhellung und der Schneidetechnik.

Digitized by Google

Bd. 139, H. 3.

Die Chromatophoren in der Haut des Menschen. Ihr Wesen und die Herkunft ihres Pigmentes. Ein Beitrag zur Phagozytose der Bindegewebszellen, von G. Miescher, Hautklinik Zürich. S. 313—425. Die Chromatophoren, d. h. die unterhalb der Epidermis im Papillarkörper und der Haarpapille gelegenen Pigmentzellen unterscheiden sich vom Epidermispigment, Melanoblasten, nur durch ein gröberes Pigmentkorn. Ihr Vorkommen und ihre Verteilung läßt auf eine Abhängigkeit beider Pigmentarten schließen. Nach Einspritzen von natürlichem Melanin (durch Extraktion aus Haaren oder pigmenthaltigem Gewebe gewonnen) oder künstlichem Melanin (Dopamelanin) beobachtet man, daß dasselbe ungelöst wie gelöst von den Bindegewebszellen aufgenommen wird. In dieser Form bewirkt es zunächst eine diffuse Färbung der Zelle, später schollige globoide Granula, die sich zu kleineren Elementen verdichten und dann vollkommen den Granula in den natürlichen Chromatophoren gleichen. Kollagene Fasern und Endothelien nehmen gelöstes Melanin an, geben es aber als solches sehr bald wieder ab. Epithelien nehmen Pigment nur ausnahmsweise an, es verschwindet nach wenigen Tagen spurlos. Durch Injektion von Melanin kann man überall im Bindegewebe Chromatophoren erzeugen. — Hierzu eignet sich jede Bindegewebszelle. Demnach sind die Chromatophoren gewöhnliche Bindegewebszellen, die Pigment speichern, aber nicht erzeugen (negative Dopareaktion). Die Chromatophoren finden sich im Papillarkörper nur dort, wo in der Epidermis Pigment vorhanden war. Bei Zunahme des Pigmentes wird dieses zuerst in der Epidermis bemerkt, erst später in der Kutis, bei Abnahme ist wiederum der Vorgang in der Epidermis das primäre. Die Chromatophorenbildung ist die Folge eines Pigmentaustrittes aus der Epidermis. Die Ursache desselben liegt in einer Schädigung oder degenerativen Alteration der Zellen, hervorgerufen z. B. durch Erkrankungen der Haut oder durch Bestrahlungen, sie bedingt eine Insuffizienz für die Pigmentretention. Hiernach ist die Pigmentabgabe an die Kutis ein pathologischer Vorgang, denn unter gewöhnlichen Verhältnissen baut die Epidermis ihr Pigment selbst ab. Das von den Chromatophoren aufgenommene Pigment bleibt beim Menschen oft lange liegen, ehe es abgebaut wird. In der behaarten Haut von Meerschweinchen und Kaninchen fehlen die Chromatophoren, sie finden sich nur an haararmen und haarlosen Stellen. Durch Rasur der Haare und lange fortgesetzte Belichtung mit Quarzlampe oder Röntgen gelingt es, an jeder Hautstelle Chromatophoren zu erzeugen, auch dort, wo niemals eine Pigmentzelle in der Kutis gelegen hatte. Beim Untergang von Haarfollikeln ist der Übergang des epithelialen Pigmentes aus den zerfallenden Bulbuszellen in das umgebende Bindegewebe sehr augenscheinlich. Die menschliche und auch tierische Haarpapille ist in der Norm frei oder fast frei von Pigment. Beim Haarwechsel werden durch die Ablösung des Kolbenhaares von der Papille eine Anzahl Matrixzellen zerstört, und das aus ihnen frei werdende Pigment wird von den Bindegewebszellen der Papille aufgenommen. Bei lebhaftem Haarwechsel findet man deshalb am häufigsten pigmentierte Papillen. Das Ergrauen der Haare ist stets eine Altersdegeneration. Die Folge ist ein stärkerer Abfluß von Pigment nach der Papille und in das Bindegewebe ihrer Umgebung. Neben den Chromatophoren, welche das Pigment rezeptorisch enthalten, gibt es noch die Pigmentzellen der Mongolenflecke. Sie enthalten die Dopaoxydase und sind deshalb als selbständige Pigmenterzeuger anzusehen, welche den Pigmentzellen der Epidermis gleichgestellt werden müssen. Das Pigmentkorn besteht aus einer Grundsubstanz, an welche das Melanin gebunden oder adsorbiert ist. Durch Alkalien läßt sich das Melanin lösen, nicht aber das Pigmentkorn. Die Färbbarkeit desselben beruht auf dem Gehalt an Melanin, ist dasselbe extrahiert, so ist das Pigmentkorn mit gewöhnlichen Methoden nicht darstellbar. Eine Beziehung zwischen Pigmentkorn und Zellkern besteht bei den Chromatophoren nicht, ebensowenig eine Beziehung zu den Mastzellengranulationen. Bei frischen Pigmentablagerungen fällt die Reaktion mit Silbernitrat negativ aus, erst mit der Zeit, nach Tagen und Wochen, wird sie positiv. Sie ist also ein Indikator für das Alter der Chromatophorenpigmentierung. Die Reaktion ist eine Verbindung und beruht auf der Entstehung von Silbermelanin. Die Übereinstimmung zwischen Dopamelanin und dem natürlichen Melanin der Chromatophoren ist ein Beweis, daß Dopa und Dopamelanin den natürlichen Pigmentsubstanzen sehr nahe stehen müssen.

Untersuchungen über die Methodik und den klinischen Wert der Goldsolreaktion im syphilitischen Liquor cerebrospinalis, von O. Grütz, Hautkl. Kiel. S. 426—476. Methodik, Klinik und Bedeutung der Reaktion. Die positive GR bei Lues

Digitized by Google

ist ein Indikator für dem Wesen nach vorläufig unbekannte Veränderungen an den Kolloiden des Liquors, die unter dem Einflusse des syphilitischen Virus stattfinden. Vollzieht sich im Laufe einer Behandlung ein Rückgang der Reaktion bis zur Norm, so kann man annehmen, daß mit dem Normalverhalten des Liquors hinsichtlich der GR die Beseitigung des Virus und damit die Heilung erreicht ist. Da die GR den Nonne-schen vier Reaktionen an Sicherheit weit überlegen ist, so gehört sie in die vorderste Reihe der Liquoruntersuchungen.

Über eine bisher nicht beschriebene Nävusform (pflastersteinförmiger Bindegewebsnävus), von B. Lipschütz. S. 477—482. Die Veränderung fand sich auf der rechten Brustseite eines 18jähr. Mädchens. Sie bestand in derben, knötchenförmigen Effloreszenzen, welche histologisch Hypertrophie und Homogenisierung zirkumskripter Anteile des Bindegewebes aufwiesen. H. Vörner-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Syphilis.

c. Atiologie.

Über das spontane Vorkommen der dem Syphilisparasiten ähnlichen Spirochäte beim Kaninchen (Treponema pallidum varietas cuniculi), von A. Klarenbeck-Utrecht. (Zbl. f. Bakt., 1921, Bd. 87, H. 3, S. 203—216.) Verf. berichtet über Versuche, die er mit dem Material einer weitverbreiteten Kaninchentreponemose durch Tierimpfungen angestellt hat. Er führte aus: Skarifikation der Perinealgegend und Einreiben einer spirochätenreichen Emulsion; Skarifikation der Rückenhaut und Einreiben mit virulentem Material; Skarifikation der Augenbrauengegend und intrapalpebrale Injektionen mit spirochätenhaltigem Material; intraokuläre Impfung durch Verbringung kleiner kranker Gewebspartikelchen in die vordere Augenkammer und intraokuläre Impfung einer virulenten Emulsion; intraskrotale und intratestikuläre Impfung durch Verpflanzung spirochätenreichen Gewebes in Skrotum und Hoden, schließlich intravenöse Injektionen mit Blut lokal oder generalisiert erkrankter Tiere. Er stellte fest: Lokale Entzündung, manchmal generalisierte Hautinfektion. Massenhaftes Vorkommen einer Spirochäte im entzündeten Gewebe, die sich morphologisch vom Syphilisvirus nicht identifizieren läßt. Im Tierexperiment gibt es nur kleine, nicht sehr charakterische und nicht konstante Unterschiede. Stets lange, inkonstante Inkubationszeit chronischer Charakter der Ulzera, wechselnder Verlauf derselben. Impfungen mit Passagevirus und Injektion einer Gewebsemulsion eines spontanen Ulkus ergaben dieselben Resultate. Nur sehr selten Allgemeinerkrankung der Versuchstiere. Das Virus haftet an verschiedenen Stellen des Körpers. Die Erkrankung erzeugt keine vollkommene Immunität. Intravenöse Injektionen verursachten niemals Infektion. Kein Einfluß der Infektion auf Zeugungsfähigkeit, keine Übertragung auf die Jungen. Neosalvarsan wirkt heilend. Induration von Ulzera, lokale Drüsen- und allgemeine Lymphknotenschwellungen wurden nicht beobachtet. Im Blut, in der Milz, Leber und den Nebennieren wurden niemals Spirochäten gefunden. Experimentelle Übertragung auf andere Tiere mißlang. Verf. glaubt den Parasit als eine Varietät des Treponema pallidum hominis auffassen und als Treponema pallidum varietas cuniculi bezeichnen zu können. Für die Krankheit schlägt er die Bezeichnung Spirochätosis oder Lues cuniculi vor. G. Kapferer-Heidelberg.

Über eine neue Modifikation der Spirochätenfärbungsmethode, von V. Renč-Mährisch-Ostrau. (Zbl. f. Bakt., Bd. 88, H. 2, S. 174—176.) Verf. hat die Tribondeau-Methode modifiziert und gute Erfahrungen betreffs der Differentialdiagnose der Spirochäten gemacht. Die charakteristische Form der verschiedenen Spirochäten bleibt nach der Färbung unverändert. Die Vorschrift für die Färbung lautet: 1. Überschichten und Erwärmen mit Tannin 5,0, Acid. acet. 2,0, Formalin 4%ig 5,0, Aqu. dest. 40,0, 96%iger Alkohol 66 ccm. 2. Abspülen in H_2O + Ammoniak (1 Liter Aqu. dest. + 10—50 Tropfen Ammoniak). 3. Überschichten mit Arg. nitr. 5,0, Aqu. dest. 100,0, kurzes Erwärmen. 4. Abspülen mit Aqu. dest., abtrocknen. F. Harry-Berlin.

Über Spirochätenuntersuchungen nach Abheilung syphilitischer Erscheinungen in der Mundhöhle, von Alexander Scheele, Klinik Rille. (Diss., Leipzig 1920.) 40 Fälle, davon 18mal syphilitische Erscheinungen auf den Tonsillen, 6mal an der Zunge, 3mal an der Wangenschleimhaut, 2mal an der Unterlippe, 8mal am weichen

Digitized by Google

und 3mal am harten Gaumen. In allen frischen Fällen wurden Pallidae-Spirochäten gefunden. Bei den meisten wurde nach 1 oder 2 intravenösen Neosalvarsaninjektionen wieder untersucht, wobei eine geringe Anzahl schon keine Spirochäten mehr aufwies. Nach Abheilung wurde nochmals untersucht. In 28 Fällen war die Untersuchung auf Spirochaeta pallida negativ. In 8 Fällen fanden sich der Spirochaeta pallida ähnliche Spirochäten, die aber als Spirochaeta dentium anzusprechen waren. Nur 4mal fand sich Spirochaeta pallida, doch handelte es sich jedesmal um Mischpräparate, die zur Sicherung der Diagnose nicht brauchbar sind. Weiter, wurden 12 Fälle untersucht, bei denen syphilitische Erscheinungen im Munde noch nicht aufgetreten waren. 10mal wurden keine Spirochäten gefunden, 2 Fälle ergaben Mischpräparate.

F. Weiler-Leipzig.

Vorkommen und Bedeutung der Gitterfasern bei syphilitischen und anderen Hautkrankheiten, von E. Zurhelle-Bonn. (D. m. W., 1922, Nr. 22, S. 724—725.) Mit der von Maresch modifizierten Methode der Versilberung des Bindegewebes nach Bielschowsky gelingt es die sogenannten Gitterfasern, deren Natur noch nicht ganz geklärt ist, darzustellen. Besonders reichlich sind sie in den verhärteten luetischen Lymphdrüsen und im Primaraffekt vorhanden, ferner in Infiltraten bei sekundär und tertiär luetischen Prozessen, bei chronischen Infektionskrankheiten (Lepra, Lupus), bei chronischen Dermatosen (Lupus erythematodes, Psoriasis, Lichen ruber), bei Krankroidbildung, Papillomen und bei Ulcus molle elevatum). Sie fehlen bei Sklerodermie und Keloiden. Das Auftreten von Gitterfasern bedeutet eine Art Abwehrreaktion des Körpers.

F. Harry-Berlin.

d. Serologie.

Liquoruntersuchungen bei Frühsyphilis, von Richard Wolf. (Diss., Klinik Rille, Leipzig 1921.) An der Leipziger dermatologischen Klinik wurden seit dem Jahre 1914 in 60 Fällen von primärer Lues, 22 Fällen von Lues in der 8. bis 10. Woche, 104 Fällen von sekundärer Lues, 45 Fällen von latenter Lues, 12 Fällen von tertiärer Lues und 32 nicht syphilitischen Kontrollfällen Lumbalpunktionen vorgenommen und der Liquor auf Zellgehalt, Pandy, Nonne-Apelt und Wassermann untersucht. Bei einem Teil wurde auch der Gesamteiweißgehalt nach Nissl festgestellt, bei einigen wurde der Druck und die Goldsolreaktion geprüft. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen sind aus 6 Tabellen ersichtlich.

F. Weiler-Leipzig.

Die Deutung der Wassermannschen Reaktion. Ihre Zuverlässigkeit und ihre Grenzen (The Interpretation of the Wassermann Reaktion. Its Reliability and Limitations), von Sidney Wallenstein-Baltimore, Md. (New York m. J., 1922, Bd. 115, Nr. 9.) Ausführungen über die Grundlagen der Reaktion und die nach der positiven und negativen Seite zu beachtenden Fehlerquellen. E. Levin-Berlin.

Über die Möglichkeit weiterer Vereinfachungen meiner Trübungsreaktion, von H. Dold-Marburg. (D. m. W., 1922. Nr. 24, S. 797—798.) Weitere Vereinfachungen der Trübungsreaktion als die zuletzt angegebenen sind nicht mehr möglich, weil gewisse trübe Normalseren durch den Extrakt nicht aufgehellt werden und weil bei trüben luetischen Seren die positive Reaktion sich in einer Trübungszunahme äußert, die nur durch den Vergleich mit der Kontrollflüssigkeit ermittelt werden kann. Eine frühere Ablesung als nach 4 Stunden ist wegen des Vorkommens unspezifischer, aber vorübergehender Trübungen nicht möglich. Eine Veringerung der Flüssigkeitsmengen erschwert die makroskopische Ablesung.

F. Harry-Berlin.

Zur Serodiagnose der Syphilis durch Ausflockung, von C. Bruck-Altona. (D. m. W., 1922, Nr. 25, S. 825—826.) Nach einer historischen Übersicht über die Entstehung der Flockungsreaktionen gibt Verf. eine neue Ausflockungsmethode an. Man fügt zu 0.2 ccm inaktiviertem Serum 0.8 ccm 10%ige Kochsalzlösung und dann 0,2 ccm Menschenherzextrakt, der zu gleichen Teilen mit physiologischer NaCl-Lösung vorher verdünnt worden ist, hinzu, schüttelt um und zentrifugiert das Gemisch 20 Minuten lang. Nach dem Zentrifugieren befindet sich an der Oberfläche der Flüssigkeit ein Häutchen, das durch leichtes Schütteln sich verteilt. Bei negativen Seren löst es sich in diffuse Trübung auf, während es bei positiven Seren in kleine Flöckchen zerfällt.

F. Harry-Berlin.

Über die klinische Bedeutung der Wassermannschen Reaktion (A Review of the Clinical Significance of the Wassermann Reaction), von Albert Strickler-Philadelphia. (J. Am. m. Ass., Bd. 78, Nr. 13, S. 962—965.) Verf. warnt vor einer Überschätzung des Wertes der WR bei der Diagnosestellung. Er bemängelt es, daß es keine

Digitized by Google

Spezifität der Reaktion gibt, sowie auch unser Unvermögen, zu sagen, welche Substanz die positive Reaktion ergibt. Weiter wird die Bedeutung der WR dadurch beeinträchtigt, daß es Verf. wie auch anderen Forschern gelungen ist, bei gewissen Hautkrankheiten, z. B. Lupus erythematosus, generalisiertem Lichen planus, Psoriasis durch mehrere Einspritzungen von Neosalvarsan eine positive WR hervorzurufen. Schließlich weist er darauf hin, daß sich positive WR noch zeigt bei Unterernährung infolge hochgradigen Diabetes mellitus, im Fieber nach Pneumonie und Typhus abdominalis, im Schüttelfrost der Malaria sowie schließlich bei nichtsyphilitischen Schwangeren und Entbundenen. Niemals sollte die WR ohne die anderen klinischen Erscheinungen allein den Ausschlag geben bei der Diagnose auf Syphilis. F. Quasig-Hamburg.

Der Wert der Kaupschen Modifikation der Wassermannschen Reaktion für die Praxis, von Levy-Lenz-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 18, S. 588.) Die Kaupsche Modifikation ist nur sehr selten für Lues nicht spezifisch, dagegen oft bei frischer Lues früher als die WR positiv, was jedoch nicht allein als ausschlaggebend verwertet werden darf. Dagegen zeigt der positive Ausfall der Modifikation bei behandelter Syphilis an, daß eine Heilung noch nicht eingetreten ist. F. Harry-Berlin.

Über die Kaupsche Modifikation der Wassermannschen Reaktion, von Hans Langer-Charlottenburg. (D. m. W., 1922, Nr. 18. S. 588.) Die Kaupsche Modifikation hat sich in den Fällen gut bewährt, in denen das Erkennen einer Wiederkehr der positiven Blutreaktion von Wichtigkeit ist. Sie ist daher für therapeutische Zwecke von großer Bedeutung. Für die Diagnose ist die Modifikation in der Vor-Wassermann-Periode nur mit Vorsicht zu verwerten. Es bestand fast ausnahmslos Übereinstimmung mit der WR und SGR. F. Harry-Berlin.

Die Unzuverlässigkeit der Serumuntersuchungen auf Syphilis bei Schwangeren und Gebärenden, von A. Stühmer und K. Dreyer-Freiburg i. B. (Zschr. f. Geburtsh. u. Gynäk., Bd. 86, S. 289.) Diese Arbeit, die aus dem Zusammenwirken der gynäkologischen und dermatologischen Universitätsklinik Freiburgs hervorgegangen ist, untersucht, ob es mit Sicherheit möglich ist, eine luetische Erkrankung der Mutter während ihres Aufenthaltes in der Entbindungsanstalt festzustellen. Obgleich hier mit der größten Exaktheit alle Methoden, 10%iges Wassermann-Komplement, ferner Sternsche Modifikation derselben und zuletzt noch Sachs-Georgi, angewandt wurden, kamen Verff. zu dem Schluß, daß während der Schwangerschaft unspezifische Reaktionen, die durch Stoffwechselstörungen im Bereich der Leber oder der Plazenta bedingt sind, sehr häufig vorkommen: in etwa 10% der Fälle muß mit unspezifischen Hemmungen, zuweilen auch stärkeren Grades gerechnet werden. Das Retroplazentarblut liefert die unsichersten Reaktionen, etwas besser sind die Ergebnisse beim Armvenenblut, wobei die Tatsache, ob es im Dämmerschlaf entnommen wurde, oder nicht, keine Rolle spielt. Das Nabelvenenblut reagiert seltener unspezifisch positiv, ist aber deshalb nicht brauchbar, da es auch bei bestehender Lues negativ reagieren kann. Die Modifikation von Stern hat den häufigsten unspezifischen Ausfall, aber auch das 10%ige Wassermann-Komplement ist besonders bei Gebärenden solchen unspezifischen positiven Reaktionen unterworfen. Die zuverlässigsten Resultate liefert die Flockenreaktion von Sachs-Georgi, allein es wurden auch Versager bei sicherer luetischer Erkrankung beobachtet. A. Rosenburg-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Die 20. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten findet am 28. Oktober in Berlin statt. Jadassohn-Breslau hält die Gedächtnisrede für A. Blaschko. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

28. Oktober 1922 | Nr. 43 | Band 75

Aus dem pathologischen Institut der Hamburgischen Universität.

Über heteroplastische symmetrische Knochenbildung in der Subkutis.

Von

Prof. Eugen Fraenkel.

Mit 5 Abbildungen im Text.

Das Auftreten heteroplastisch entstehenden Knochens „an Teilen, die in keiner Weise in ihren natürlichen Anlagen dazu bestimmt sind, Knochen zu erzeugen" (R. Virchow, Geschwülste, Bd. 2, S. 7) ist zur Genüge bekannt und besitzt, obwohl ihnen „keine erhebliche Bedeutung zukommt" (l. c. S. 90), genügend allgemein-pathologisches Interesse, ein um so größeres, wenn man ihn an Örtlichkeiten beobachtet, an denen sein Erscheinen durchaus ungewöhnlich ist. Wir wissen, daß „die verhältnismäßig größte Disposition zur Bildung heteroplastischer Osteome" (l. c. S. 92) den Häuten des Gehirns und Rückenmarks innewohnt, besonders der Dura mater in ihrem Sichelfortsatz, daß aber auch an dem die Konvexität überziehenden Teil sich Knochengewebe, hier sogar multipel, entwickeln kann, und daß ferner eine solche Knochenbildung auch in parenchymatösen Organen zustandekommt, so „den Lungen, Lymphknoten, Tonsillen, Muskeln, Nieren, Nebennieren, Ovarien, Hoden und Nebenhoden, Magen, Leber, Tuben, strumösen Schilddrüsen, Haut, speziell in Narbenhaut . . . In allen diesen Fällen entsteht geflechtartiger lamellöser Knochen mit Markräumen . . ." (Aschoffs path. Anatomie, Bd. 1, S. 619). „Die seltensten und zugleich wunderbarsten Formen der heteroplastischen Knochengewächse möchten wohl die kleinen Osteome der Haut darstellen. Sie erscheinen als kleine, sandförmige Körner in der Kutis selbst, und zwar meist in den oberflächlichen Schichten derselben, zuweilen auch in die Unterhaut reichend" (Virchow, l. c. S. 103—104). In den Lehrbüchern der Hautkrankheiten finden sich über Knochenbildung in der Haut und Unterhaut nur ganz aphoristische Angaben. Selbst in dem umfassenden, von Unna bearbeiteten Band der Hautkrankheiten, in dem leider unvollendet gebliebenen Lehrbuch der pathologischen Anatomie von Orth, ist über diesen Punkt nur zu lesen, daß „Osteome der Haut extrem seltene Befunde und wahrscheinlich stets auf versprengte Keime von den benachbarten Organen zurückzuführen sind, welche Neigung zur Bildung dieser Tumoren zeigen (Knochen, Gelenke, Parotis, Hoden, Mamma usw.). Eine genauere Untersuchung des Verhaltens der Haut bei diesen Vorkommnissen scheint nicht vorzuliegen" (S. 866). In einem ganz modernen

Digitized by Google

amerikanischen Lehrbuch der Hautkrankheiten von RICHARD L. SUTTON. „Diseases of the Skin", 1919, S. 385, heißt es: „Wahre Knochenablagerungen in der Haut sind durchaus selten und ihre wahre Natur nur durch mikroskopische Untersuchung zu erkennen. Sie können einfach oder multipel auftreten; sie sind rund oder oval oder unregelmäßig gestaltet, scharf abgegrenzt und hart anzufühlen. In einem Fall von HARRIS entwickelte sich das Osteom in einer Laparotomienarbe. POLLITZER beobachtete Knochenbildung in einem Fall von Sklerodermie. Sowohl Trauma als embryonale Keimversprengung werden als ätiologische Faktoren angeführt." Ob sich der Verf. bei dieser Darstellung auf eigene Erfahrungen stützt, ist nicht zu ersehen. Es muß aber bemerkt werden, daß hier Dinge in den Begriff der Hautosteome einbezogen werden, die, wie die Knochenbildung bei Sklerodermie und in Laparotomienarben, nicht hierher gehören.

Im Gegensatz zu der Seltenheit des Vorkommens von echtem Knochengewebe in der Haut spielen die als „Hautsteine" [1]) bezeichneten Bildungen eine etwas größere Rolle; „das sind Kalkablagerungen, meist ohne Verknöcherung, deren Boden Entzündungsherde, Drüsensekrete oder Geschwülste, z. B. Lipome, Lymphangiome, aber auch das subkutane Binde- und Fettgewebe (Fettgewebssteine) abgeben können" (KAUFMANN, Spezielle pathologische Anatomie, 1911, 6. Aufl., S. 1313). In diese Kategorie der Hautsteine gehört auch ein von JADASSOHN publizierter Fall, den er unter dem Titel: „Über Kalkmetastasen in der Haut (Arch. f. Derm., Bd. 100, H. 1—3) veröffentlicht hat und der nicht ein älteres Individuum betrifft, wie es nach den Angaben der Lehrbücher bei den sogenannten Kalksteinen gewöhnlich der Fall sein soll, sondern einen 12jähr. Knaben, bei dem es während des Bestehens einer schweren Osteomyelitis zur Entstehung symmetrisch lokalisierter Krankheitsherde an den Schultern, Ellenbogen, Oberschenkeln und Knien gekommen war. Es handelte sich um „ovale, kindshandtellergroße Plaques mit leicht höckeriger Oberfläche, die durchsetzt waren von einem Netzwerk weiß-gelblicher Linien, welche . . . das Niveau der Haut etwas überragten . . . Die ganze Plaque fühlte sich derb an, doch war die Haut in toto nicht verdickt. Die größten Plaques fanden sich an den Knien". Bei der histologischen Untersuchung stellte sich nun heraus, daß von der unteren Grenze des Papillarkörpers bis in die mittlere Partie der Kutis sich Kalkmassen fanden, eingelagert in ein an vielen Partien bei schwacher Vergrößerung fast normal erscheinendes Kutisgewebe. Weiter stellte sich aber heraus, daß in der Umgebung der Kalkherde verkalkte elastische Fasern lagen. In einiger Entfernung von den Kalkherden sah man (an mit Arg. nitr. behandelten Schnitten) eine Schwärzung von teils noch ganz wohlerhaltenen elastischen Fasern, teils von solchen, welche schon gequollen und von anderen, die in mehr oder weniger deutlicher Weise in Querstücke zerfallen sind. JADASSOHN trennt diesen Fall von anderen, als disseminierte Hautverkalkung bekannt gewordenen, wie solche von seinen Schülern LEWANDOWSKY (Virch. Arch., Bd. 181, S. 179) und von WILDBOLZ (Arch. f. Derm., „Über Bildung von

[1]) Vgl. SCHNITZER, UNNA-Festschrift, Bd. 4, S. 133ff. — MOSBACHER, D. Arch. f. kl. Med., Bd. 128. H. 2. — WEISSENBACH, Ann. de Derm., 1913, S. 513. — POSPELOW. Arch. f. Derm., Bd. 140, H. 1.

Digitized by Google

phosphorsauren und kohlensauren Kalkkonkrementen in Haut und Unterhautgewebe", Bd. 70, H. 3) beschrieben worden sind und führt auf Grund der Untersuchung von Kniehaut eines anderen, nach länger dauernder Sepsis verstorbenen Knaben, an der er „typische Striae in schönster Ausbildung" entdeckte, die Kalkablagerung auf die im Bereich der Striae sich einstellende Schädigung der elastischen Elemente der Haut zurück. „Wo diese am stärksten gedehnt werden, da wird sich, zunächst partiell, die chemische Veränderung in ihrer Substanz geltend machen, welche die Kalkimbibition gestattet." Ich möchte mich dieser Auffassung von JADASSOHN vollinhaltlich anschließen. In der Tat sind in diesem Fall

Abb. 1.
Knochenspange in der Subkutis; rechts und oben davon Insel hyalinem Knorpels; nahe dem linken Rande, unterhalb der Mitte Arterie mit Mediaverkalkung.

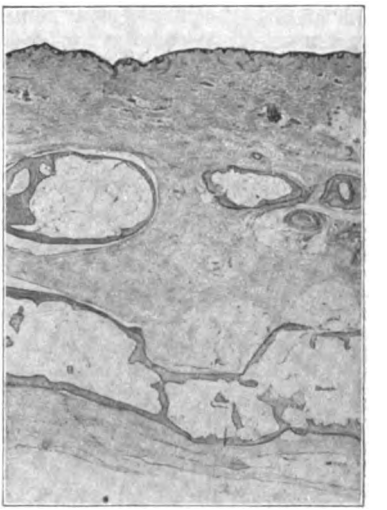


Abb. 2.
Multiple Knochenspangen an der Grenze von Kutis und Subkutis und in der Subkutis; unter den Knochenspangen rechts oben Arterie mit Mediaverkalkung und durch Endostitis obliterans hochgradig verengtem Lumen.

die Bedingungen, die uns die allgemeine Pathologie als für das Auftreten von Verkalkungen wesentlich kennen gelehrt hat, in, man kann fast sagen, idealer Weise erfüllt, nämlich die Stoffwechselschädigung des elastischen Gewebes im Bereich der Striae und die, als Folge der durch die Osteomyelitis bewirkten Zerstörung von Knochensubstanz, herbeigeführte Überladung des Blutes mit Kalksalzen. Leider liegen aber keineswegs in allen Fällen von Verkalkung der Haut und des Unterhautgewebes die Verhältnisse so klar. Das gilt speziell für die von LEWANDOWSKY und WILDBOLZ mitgeteilten Beobachtungen, und „eine Erklärung der Entwicklungsweise der zahlreichen Kalkkonkremente in der Haut und Unterhaut meiner Kranken läßt sich weder durch die objektive Untersuchung, noch durch Analogieschlüsse aus den in der Literatur mitgeteilten

Digitized by Google

Beobachtungen von Hautsteinen geben" (WILDBOLZ, S.-A., S. 12). Aber gerade weil unsere Kenntnisse auf diesem Gebiet in vieler Beziehung noch so lückenhaft sind, möchte ich über den folgenden, so weit ich sehe, kein Analogon in der Literatur besitzenden Fall berichten, bei dem es auf Grund der mikroskopischen Untersuchung möglich geworden ist, wenigstens einen Erklärungsversuch für das Auftreten von zahlreichen kleinen Osteomen in der Unterhaut zu machen.

Es handelt sich um eine 62jähr., mit der Diagnose „Magenkarzinom, Anämie" zur Sektion gelangte kräftige Frau (Sekt. 1018, 1922) mit ziemlich reichlichem Bartwuchs, bei deren äußerer Besichtigung, abgesehen von einer totalen Versteifung des rechten Hüftgelenks, an beiden Unterschenkeln eine große Anzahl flachbeetartiger Erhebungen auffiel, die der übrigens sonst nicht veränderten, über ihnen verschieblichen Haut an diesen Stellen ein buckliges Aussehen verlieh. Namentlich nach der Wadengegend hin nimmt die Zahl der flachen Buckel wesentlich zu. Sie fühlen sich sehr hart an und sitzen, wie vorgenommene Einschnitte zeigen, sämtlich in der Subkutis, reichen an der Seite des Schienbeins bis nahe an den Knochen heran, ohne indes mit diesem irgendwie in direkte Verbindung zu treten. Sie sind der Gestalt und Größe nach wechselnd, rundlich, oval, langgestreckt, plattenartig und an der Wade rechts bis kleinhandtellergroß. Auch an den freigelegten Gebilden ist eine sichere Entscheidung darüber, ob es sich um kalkige oder knöcherne Einlagerungen handelt, nicht zu treffen. Über die Menge und Topographie der Herde gibt ein Röntgenbild guten Aufschluß, ohne daß es aber auch mit diesem Hilfsmittel gelingt, darüber klar zu werden, ob es sich um einfach verkalktes oder um knöchernes Gewebe handelt. Man erkennt vielmehr, entsprechend der Größe und Dicke der einzelnen Gebilde, auf der Röntgenplatte wechselnd dichte, vielfach etwas ausgezackte, fleckige Schatten, wodurch eine ganz eigenartige Sprenkelung des Röntgenbildes bewirkt wird.

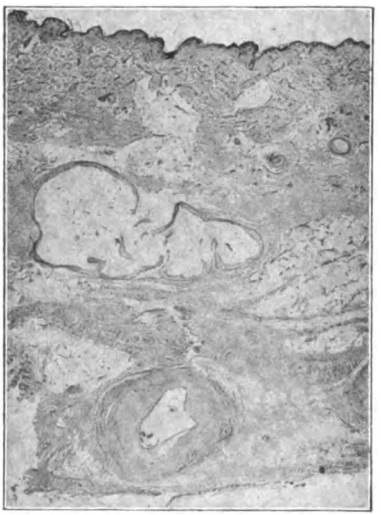


Abb. 3.
Knochenspange an der Grenze von Kutis und Subkutis. Größerer Arterienast in der Subkutis mit stark verdickter Intima und verengtem Lumen.

Befriedigenden Aufschluß brachte das Mikroskop. Die als feste Platten imponierenden Bildungen liegen sämtlich am Übergang der Kutis in die Subkutis, bzw. in dieser selbst und stellen sich als kreisförmige oder elliptische knöcherne Spangen dar, die, an der Peripherie von Fettträubchen gelegen, einen knöchernen Wall um diese bilden und mit dem, die einzelnen Fettläppchen trennenden Bindegewebe, das dadurch gewissermaßen eine Art Periost repräsentiert, fest zusammenhängen. Hier liegen der äußeren Schicht der betreffenden Knochenbälkchen, nicht an allen gleich deutlich, ziemlich großkernige, langspindelige, an Zellen der Kambiumschicht des Periosts erinnernde Zellen auf. Während die Begrenzung der durchweg dünnen Spangen nach dieser Seite eine allenthalben scharfe, gewissermaßen lineare ist, weisen sie an ihrer, dem Fettgewebe zugewandten Fläche, kürzere und längere, in größeren und geringeren Abständen voneinander befindliche, stumpfartige Erhebungen auf, die bisweilen an die gegenüberliegende Seite heranreichen und so eine Art Septierung in den von Knochenbälkchen umschlossenen Fettläppchen bewirken. Das Knochengewebe bietet nicht überall lamellenartigen Bau und läßt neben, in wechselnd großer Zahl vorhandenen, im allgemeinen der Hauptrichtung der Bälkchen entsprechend gelagerten Knochenkörperchen, bald nur einzeln, bald mehrfache Streifen zellfreier kalkiger Grundsubstanz erkennen. Nirgends fanden sich HAVERSSche

Digitized by Google

Kanälchen und nur ganz vereinzelt Volkmannsche Kanäle. Nur an einem einzigen der verschiedenen Stellen der Knochenherde entnommenen Stücke bot ein hier etwas dickerer Balken in ganz umschriebener Ausdehnung einen geradezu idealen lamellären Bau, jenseits dessen sich aber sofort wieder die mehr geflechtartige Struktur des Knochengewebes mit ganz regellos angeordneten Knochenkörperchen bemerkbar machte.

Bei der sich auf verschiedene Stücke der harten Einlagerungen erstreckenden Untersuchung traf ich nun auf einen Herd, in dessen Bereich eine Gruppe aneinanderstoßender Fetttröpfchen völlig nekrotisch war, und hier ließ sich erkennen, daß es namentlich an den peripherischen Zonen des Fettgewebes zu einfacher kalkiger Infiltration gekommen war. Gleichzeitig ließen sich hier alle Übergänge zu kalkhaltigem, große, unregelmäßig angeordnete Zellen enthaltenden hyalinem Knorpel und zu fertigem Knochen feststellen, dem vielfach osteoide Säume anlagen.

An den zur Darstellung elastischen Gewebes mit saurem Orzein und polychromem Methylenblau gefärbten Schnitten bemerkte man vor allem gewaltige Mengen in dichten Bündeln angeordneter elastischer Fasern in der verdickten Intima einzelner noch näher zu schildernder Gefäße, und ferner die sehr unregelmäßige Verbreitung des elastischen Gewebes in der Subkutis, das, vielfach nur in einzelnen dünnen Fäserchen vorhanden, an anderen Orten in mächtigen Knäueln, bisweilen in der Umgebung kleinerer und größerer Arterienäste angehäuft ist. Auch die mit verschiedenen Knochenbälkchen in unmittelbarem Zusammenhang stehenden Knorpelinseln, in deren Grundsubstanz stellenweise elastische Fasern und kurze Stümpfe solcher angetroffen werden, treten in so behandelten Schnitten besonders deutlich hervor.

Abb. 4.
Nekrotisches Fettgewebe in der Subkutis mit anschließender Verkalkung und Verknöcherung.

Es bleibt noch übrig auf einen letzten Befund hinzuweisen, der sich auf das Verhalten der in der Subkutis verlaufenden Arterien bezieht. In dieser Hinsicht ist zweierlei festzustellen. Einmal das Auftreten von Kalkringen in der Media kleinerer Äste, wobei bald die ganze Dicke, bald nur einzelne Lagen der mittleren Gefäßhaut, nicht immer übrigens im ganzen Umfang des Gefäßchens, kalkig infiltriert sind, und ferner entzündliche Prozesse, die zu einer gewaltigen Verdickung der Intima, zum Teil unter erheblicher Verschmächtigung der Media, bisweilen übrigens auch mit schwacher Kalkinfiltration der letzteren, zu einer mehr oder weniger erheblichen Einengung des Lumens der betreffenden Gefäße geführt haben.

Zieht man das Fazit aus den vorstehend mitgeteilten Untersuchungsergebnissen, so ist darüber nicht der geringste Zweifel, daß wir es bei den durch Palpation und röntgenologisch festgestellten Einlagerungen in der Subkutis der Patientin mit echter Knochenbildung zu tun haben, und es bleibt nunmehr die Frage zu erörtern, ob uns die mittels des Mikroskops festgestellten Befunde erlauben, eine plausible Erklärung für das Zustandekommen dieses durchaus ungewöhnlichen Ereignisses zu geben. Ich möchte glauben, daß der Schlüssel für das Verständnis des Vorganges, der sich hier abgespielt hat, in der schweren Schädigung des Fettgewebes zu suchen ist, die wir an einer der untersuchten harten Einlagerungen festgestellt und als Nekrose einer Anzahl dicht zusammenliegender Fettläppchen charakte-

Digitized by Google

risiert haben. Damit war die Voraussetzung für die Ablagerung von Kalkmassen, wie wir sie an diesen Stellen direkt gesehen haben, gegeben, und andererseits wurde durch den deponierten Kalk das Bindegewebe zur Knochenbildung angeregt. Daß der neuentstandene (dystope) Knochen sich auf metaplastischem Wege entwickelt hat, unterliegt keinem Zweifel, und es würde nur eine Entscheidung darüber zu fällen sein, ob wir hier eine einfache Gewebsmetaplasie, d. h. eine Überführung von Bindegewebe, Zellen und Interzellularsubstanz in die entsprechenden Teile des Knochengewebes vor uns haben, oder ob die Knochenbildung auf neoplastischem Wege durch Umwandlung der Bindegewebszellen in Osteoblasten, die erst aus sich heraus Interzellularsubstanz erzeugen, zustande gekommen ist. Orth läßt bekanntlich, im Gegensatz zu Ribbert, auf Grund seiner Untersuchungen an parostalem Kallus, beide Möglichkeiten zu, und man könnte also auch im vorliegenden Fall, gestützt auf die Autorität von Orth, an einen direkt metaplastischen Vorgang denken. Einen unanfechtbaren histologischen Beweis hierfür anzuführen vermag ich aber nicht. Zwei Befunde scheinen mir für die Annahme des neoplastischen Typus zu sprechen, einmal die an einzelnen Knochenbälkchen nachgewiesenen osteoiden Säume und ferner die Anwesenheit jener, an das Aussehen der Zellen der Kambiumschicht erinnernden Elemente über der äußeren Lage der zierlichen Knochenbälkchen. Freilich ist die Fähigkeit dieser, den Osteoblasten in Parallele zu setzenden Zellen zur Produktion neuen Knochengewebes im vorliegenden Fall nur eine recht beschränkte gewesen, und darauf ist es zurückzuführen, daß es allenthalben nur zur Bildung so dünner Knochenspangen gekommen ist. An manchen Stellen hat sich der metaplastische Vorgang auf die Erzeugung knorpeligen Materials beschränkt, und diese kleinen Knorpelinseln sind dann unverbraucht, teils unverkalkt, teils verkalkt, im Gewebe liegen geblieben. In welcher Weise sich die Umwandlung hier vollzogen hat, vermag ich nicht sicher zu beantworten, da ich an den Präparaten, die überhaupt Knorpel enthielten, nur das fertige Gewebe angetroffen habe.

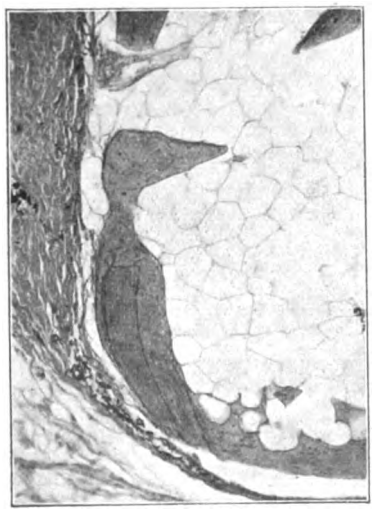


Abb. 5.
Stellenweise ausgesprochen lamellöser Knochen in der Subkutis; im Bindegewebe links davon regellos angeordnete, wie zusammengeschmorte elastische Fasern.

Wenn somit die Entstehung des dystopen Knochens im vorliegenden Fall mit der in der Subkutis festgestellten, herdweise erfolgten Nekrose einzelner Fettgewebsläppchen in Zusammenhang gebracht werden kann, so bleibt jetzt noch übrig, eine Erklärung dafür beizubringen, worauf denn dieses letztere durchaus ungewöhnliche Ereignis zurückzuführen ist. Hier komme ich über eine Vermutung nicht hinaus und möchte

Digitized by Google

mit aller Reserve der Anschauung Raum geben, daß für die Fettläppchennekrose die geschilderten Gefäßveränderungen verantwortlich zu machen sind. Über Erkrankungen der in Rede stehenden Art an Kutis- und Subkutisgefäßen ist sehr wenig bekannt, erst recht nichts über die Bedeutung derartiger Veränderungen für das Haut- und Unterhautgewebe. Watanabe[1]) (Über die Arteriosklerose der Hautgefäße; Schweiz. m. W., 1919, Nr. 34) hat, wenigstens soweit der an den genannten Gefäßgebieten sich abspielende Krankheitsprozeß in Betracht kommt, alles Wissenswerte zusammengestellt und uns durch eigene Untersuchungen darüber belehrt, daß sklerotische Veränderungen der Haut- und Unterhautgefäße, zu denen er auch das Auftreten von Kalkringen in subkutanen Arterien, wie ich es an meinen Präparaten beobachtet habe, rechnet, durchaus selten sind. Er hat unter 116 Fällen von allgemeiner Arteriosklerose nur 6mal solche der gesehen, während sich 15mal die Veränderungen auf die subkutanen Kutisgefäße beschränkten.

Was den Charakter der Arterienerkrankung im vorliegenden Fall anlangt, so dürfte es keinem Widerspruch begegnen, wenn ich sie den echt sklerotischen Prozessen zurechne mit der Einschränkung, daß ich hinsichtlich der an einzelnen Arterien nachgewiesenen reinen Mediaverkalkung den schon von R. Virchow, neuerdings besonders von Mönckeberg, vertretenen Standpunkt teile, daß diese Erscheinung von der eigentlichen Sklerose abzutrennen ist. Daß durch eine Schädigung der an der Grenze von Kutis und Subkutis und in letzterer selbst verlaufenden Arterien, besonders wenn dabei eine so beträchtliche Lumenverengerung veranlaßt wird, wie sie an einzelnen kleinen Arterien im vorliegenden Fall bestand, auch eine Beeinträchtigung der Ernährung der von ihnen versorgten Gewebe herbeigeführt werden kann, dürfte nicht strittig sein. Ob diese aber so folgenschwer sein muß, daß einzelne Fettläppchen absterben, ist m. E. ebensowenig zu beweisen wie zu widerlegen. Man kann hier eben nur von einer Möglichkeit sprechen. Auffallend muß es erscheinen, daß sich der ganze Vorgang nur an beiden Unterschenkeln abgespielt hat. Die Angabe von Watanabe, daß am häufigsten in der Haut des Fußrückens sklerotische Arterienveränderungen angetroffen werden, ist also in dieser Beziehung nicht zu verwerten. Nachdem jetzt die Aufmerksamkeit auf das Vorkommen einer so ungewöhnlichen Erkrankung, wie es die dystopische Knochenbildung in der Subkutis der Unterschenkel darstellt, gelenkt ist, gelingt es vielleicht, sei es am Krankenbett, sei es am Sektionstisch, weitere Beobachtungen dieser Art zu sammeln und die hinsichtlich der Pathogenese der Affektion noch bestehenden Lücken auszufüllen.

Ein paar Worte noch über die Dauer der Erkrankung im vorliegenden Fall. Etwas Bestimmtes hierüber kann ich allerdings nicht angeben, auch nicht darüber, ob die Patientin irgend welche, auf die Gegenwart der Knochenherde in der Subkutis zu beziehende, subjektive Erscheinungen dargeboten hat. Durch katamnestische Erhebungen konnte ich in Erfahrung bringen, daß die Kranke in den letzten Jahren ihres

[1]) Vgl. auch Saalfeld, Zur pathologischen Anatomie der Haut im Alter mit Berücksichtigung der Arterienveränderungen. Unna-Festschrift, Bd. 4, S. 1ff.

Digitized by Google

Lebens das Auftreten harter Stellen in den Waden bemerkte. Als sicher darf man wohl annehmen, daß zur Entstehung der zahlreichen Knochenherde ein längerer Zeitraum erforderlich gewesen ist. Ein großer Teil derselben hat sich, wofür ihr anatomisch gleichartiges Verhalten spricht, zu ein und derselben Zeit entwickelt. Zum Teil muß aber auch an Auftreten in Schüben gedacht werden. In diesem Sinne ist m. E. die Anwesenheit der bei der histologischen Untersuchung nachgewiesenen, einzelne Fettläppchen betreffenden, kalkig infiltrierten Nekroseherde zu deuten. Man würde dieses sukzessive erfolgte Absterben einzelner Fettläppchen mit einer allmählichen Einbeziehung neuer Arterienästchen in den sklerotischen Prozeß unschwer in Verbindung bringen können.

Somit hätte man sich von dem ganzen uns hier beschäftigenden Vorgang die folgende Vorstellung zu machen: Als das Primäre desselben wäre die an den Arterien der Haut bzw. der Subkutis nachgewiesene, größere und kleinere Ästchen betreffende, mit wechselnd starker Beeinträchtigung ihrer Lumina einhergehende Sklerose anzusehen. Im Anschluß an diese ist es zu einem schubweisen Absterben einzelner Fettläppchen gekommen, danach zur Ablagerung von Kalksalzen in das nekrotische Gewebe, und die Folge hiervon ist die metaplastisch vor sich gegangene Entwicklung von Knochengewebe gewesen. Damit hat der Prozeß seinen Abschluß gefunden, und es ist, unter Verwertung des abgestorbenen, sekundär verkalkten, lebendes, an der Stelle seines Sitzes freilich funktionell bedeutungsloses Knochengewebe getreten.

In welchem Zusammenhang die Kalkablagerung in der Subkutis etwa mit der totalen Versteifung des Hüftgelenks steht, entzieht sich vollständig der Beurteilung. Die Untersuchung des frontal durchsägten Präparats hat eine feste knöcherne Verwachsung zwischen dem in seiner Form wohlerhaltenen, Schenkelkopf und der gleichfalls wohlgestalteten Pfanne ergeben. Es kann sich also nur um einen destruierenden, das Gelenk betreffenden Prozeß gehandelt haben. Irgend welche, auf eine vorausgegangene Osteomyelitis der an der Hüftgelenksbildung beteiligten Knochen hinweisende Befunde fehlten. Auch anamnestische Anhaltspunkte über den Termin der Erkrankung, die zu der in Rede stehenden Ankylose geführt hat, waren nicht zu erlangen. Keinesfalls ist die Affektion am Hüftgelenk etwa in dem Sinne zu verwerten, daß dadurch eine reichlichere Auflösung von Knochensubstanz mit Steigerung des Kalkgehaltes im Blut veranlaßt worden sein könnte. Auch dafür, daß eine Störung im Kalkstoffwechsel bei der Patientin bestanden haben könnte, ließen sich keine Beweise beibringen, so daß es unberechtigt wäre, von einer Kalkmetastase der Subkutis im Virchowschen Sinne bei dem vorliegenden Fall zu sprechen.

So bietet die uns beschäftigende Erkrankung doch noch allerhand Rätsel, deren Lösung von der Analyse ähnlicher, sicher nicht oft zu beobachtender Fälle erwartet werden muß. Daß die Affektion von jenen seltenen, ihrer Pathogenese wie ihrer Ätiologie nach gleich unaufgeklärten Fällen von allgemeiner Kalzinose, wie sie von P. Krause, von Marchand und von Tilp bekannt gegeben worden sind, durchaus ver-

Digitized by Google

schieden ist, bedarf wohl nur dieses kurzen Hinweises. Sie ist auch durchaus abzutrennen von der Knochenbildung in Laparotomienarben, für welche die näheren Entstehungsbedingungen gleichfalls nichts weniger als klar sind. Hier dürfte man über die Annahme einer gewissen Disposition der Gewebe zur Knochenbildung nicht hinwegkommen, ähnlich wie für die Bildung des Narbenkeloids bei manchen Individuen. Es bliebe sonst ganz unverständlich, warum unter den Tausenden und aber Tausenden von Laparotomien das Auftreten von Knochen, und zwar von ganz beträchtlichen, platten, elfenbeinharten nur ganz ausnahmsweise beobachtet werden sollte.

Aus der Universitätshautklinik zu Tübingen (Vorstand: Prof. Dr. Linser).

Über luetische Bilirubinämie und ihre Behandlung mit Mischspritzen nach Linser.

Von

Dr. F. W. Kloeppel, Volontärarzt.

Mit 3 Kurven im Text.

Bis in die neuere Zeit kannten wir als Ausdruck einer luetischen Lebererkrankung fast ausschließlich nur die durch sie bedingte sichtbare gelbliche Verfärbung der Haut und Schleimhäute, den sog. Icterus praecox. Von einzelnen Autoren waren an einem kleinen Material einige Untersuchungsmethoden ausprobiert worden, die darauf hinzielten, eine Leberschädigung auch dann schon nachzuweisen, wenn sie noch nicht so hochgradig war, um einen sichtbaren Ikterus hervorzurufen. So hat Neugebauer (1), später auch Tachau (2), an der Hand der alimentären Galaktosurie Funktionsstörungen der Leber festgestellt bei unbehandelter Lues; ersterer sogar in 77% seiner untersuchten Fälle mit positivem Resultate. Doch war die Methode wohl für den klinischen Gebrauch zu umständlich und kostspielig, als daß sie sich hätte allgemein einbürgern lassen. Mehrere Autoren — Buschke-Fischer (3), Stühmer (4), Michelli (5), Samberger (6), Kirch und Freundlich (7) u. a. — bedienten sich des Nachweises von Urobilin resp. Urobilinogen, Farbstoffe, die häufig bei behandelter und unbehandelter Lues im Harn auftreten sollen. Auf die Beweiskraft dieser Methode und ihrer Resultate möchte ich in einer anderen Arbeit zurückkommen.

Als Vorstufe des Ikterus haben wir die Bilirubinämie, d. h. einen erhöhten Bilirubingehalt im Blutserum anzusehen, ohne den ein Ikterus nie auftreten kann. Die Methode zum Nachweise des Bilirubins im Serum ist durch die Arbeiten Hymans van dem Bergh und Snapper (8) derartig vereinfacht und verbessert worden, daß sie uns erlaubt, ohne große Kosten und allzulangen Zeitaufwand an einem größeren Material häufigere Untersuchungen anzustellen. Im Frühjahr 1921 wurde an der hiesigen Klinik mit diesbezüglichen Untersuchungen begonnen, die den Zweck verfolgten, einerseits festzustellen, wie häufig wir eine Bilirubinämie bei unbehandelter Lues finden, wie sich dieselbe bei der hier geübten Luestherapie

Digitized by Google

verhält und ob nach Salvarsan oder Hg Bilirubin des Häufigeren aufzutreten pflegt. Letzterer Punkt soll hier unbehandelt bleiben. Einzufügen wäre noch, daß damals noch keine Ergebnisse über ähnliche Arbeiten veröffentlicht waren.

Wir haben in dem letzten Jahre an der Tübinger Hautklinik über 1200 Seren nach der oben erwähnten Methode bei etwa 550 Luetikern untersucht, außerdem eine große Anzahl Kontrolluntersuchungen an Nichtgeschlechtskranken angestellt. Bei den 1200 Untersuchungen bestand nur 4mal sichtbarer Ikterus, dagegen fanden wir bei den 550 Luetikern, vor jeder Behandlung, 43mal einen deutlich erhöhten Bilirubingehalt, der 12mal die direkte Reaktion nach v. d. Bergh gab. Diese 12 Fälle möchten wir bei den späteren Ausführungen unberücksichtigt lassen, da wir sie als mechanisch bedingt ansehen. Obwohl durch Gallenstauung verursacht, möchten wir doch glauben, daß auch diese wenigstens teilweise auf einer luetischen Ätiologie beruht. Es mangelt uns leider zur Zeit noch eine Unterscheidungsmöglichkeit zwischen spezifischer und unspezifischer mechanischer Bilirubinämie. Dagegen können wir wohl mit einiger Sicherheit behaupten: Findet man bei einem Luetiker eine zelluläre Bilirubinämie ohne weitere erkennbare Ursache (wie z. B. dekompensiertem Herzfehler oder Malaria), so können wir sie als luetisch bedingt ansehen, während wir im anderen Falle auch mit einer Bilirubinaemia mechanica in luetico zu rechnen haben. Ferner wäre noch zu bedenken, daß die parenchymatöse Leberschädigung, die ja bekanntlich in einer zellulären Bilirubinämie ihren Ausdruck findet, durch eine Stauungs-Bilirubinämie verdeckt werden kann, eine Kombination, für deren Vorkommen wir vorläufig keinen sicheren Beweis, aber doch die theoretische Möglichkeit haben.

Bei den übrigen 31 Patienten mit erhöhtem Bilirubinspiegel fiel die indirekte Reaktion prompt, die direkte stark verzögert oder negativ aus. Die letzteren sehen wir als rein zellulär-luetische Bilirubinämie an. Während die mechanischen Bilirubinämien sich während der Behandlung nicht nennenswert anders wie auch sonst zu ändern pflegten, schwanden die luetischen Bilirubinämien im Verlaufe der Behandlung recht schnell. Sie waren am Ende der Kur entweder völlig abgeheilt, oder bewegten sich nur noch an der oberen Grenze der physiologischen Breite. Behandelt wurden die Patienten beider Gattungen in gleicher Weise, und zwar erhielten Frauen meist etwa 5 g Neosalvarsan + 0,2 — 0,3 $HgCl_2$, die Männer etwa 7 g Neosalvarsan + 0,4 — 0,5 $HgCl_2$, in Mischspritzen innerhalb 24—30 Tage. Wir möchten betonen, daß sowohl die Kranken mit luetischer Bilirubinämie wie auch die mit rein mechanischer Bilirubinämie die doch immerhin recht intensive Kur tadellos vertrugen. Erhöhungen des Bilirubinspiegels waren, abgesehen von Herxheimerschen Reaktionen, nie zu verzeichnen. Auf letztere hat man ganz besonders sein Augenmerk zu richten, da sie, wie unsere Untersuchungen zeigen, noch nach der 3.—4. Injektion auftreten können, um aber bald danach ebenso wie die primären luetischen Bilirubinämien weiterhin in ihrer Intensität zurückzugehen. Wir sahen eine derartige Herxheimersche Reaktion 7mal bei unserem Material in Erscheinung treten, wodurch die Zahl der luetischen Bilirubinämien auf 38 steigt. Ausdrück-

Digitized by Google

lich möchten wir an dieser Stelle bemerken, daß wir nur die Fälle als bilirubin-positiv bezeichnet haben, die eine ganz einwandfreie deutliche Erhöhung ihres Bilirubinspiegels aufwiesen. Auf geringe, nicht wirklich mit absoluter Sicherheit meßbare Erhöhung im Blutfarbstoffgehalt haben wir keinen Wert gelegt. Hätten wir diese nicht als negativ bezeichnet und gänzlich unberücksichtigt gelassen, so würden wir noch bedeutend höhere Prozentzahlen erhalten haben. Aber es lag uns daran, nur mit völlig eindeutigen Fällen zu operieren, um die Erfolge unserer Therapie auch absolut einwandfrei zeigen zu können.

Um die Tabellen und Krankengeschichten übersichtlicher erscheinen zu lassen, bezeichnen wir den Bilirubingehalt analog der WR mit ± bis ++++, und zwar über 0,02 mg Bilirubin ++++, 0,02—0,01 +++, 0,009—0,007 ++, 0,006—0,005 +, den kolorimetrisch nicht genau zu bestimmenden Rosaschimmer mit ±, was der oberen Grenze der physiologischen Breite entspricht. Sichtbarer Ikterus tritt bei 0,01—0,015 mg Bilirubin und darüber auf.

Unsere luetischen Bilirubin- inkl. HERXHEIMER-Fälle verteilen sich folgendermaßen:

Tabelle I.

	Gesamtzahl der Fälle	Bilirubin positiv	Prozent	Bemerkungen
Lues I	45	5 [1])	9,1	[1]) 3 Fälle seropositiv
Lues II	136	21	15,4	
Lues latens seropositiv	128	9	7	
Lues latens seronegativ	156	2	1,3	
Lues III	25	0	0	
Lues hereditaria	13	1 [2])	7,7	[2]) Säugling von 14 Tagen

Tabelle II. Bil. luet. vor jeder Behandlung.

	Gesamtzahl der Fälle	Bilirubin positiv	Prozent	Bemerkungen
Lues I	45	4	8,8	
Lues II	136	17	12,5	
Lues latens seropositiv	128	7	5,5	Fall 1, 2, 3, 7 und 8
Lues latens seronegativ	156	2	1,2	
Lues III	25	0	0	
Lues hereditaria	13	1	7,7	

Tabelle III. Häufigkeit der HERXHEIMERschen Reaktion.

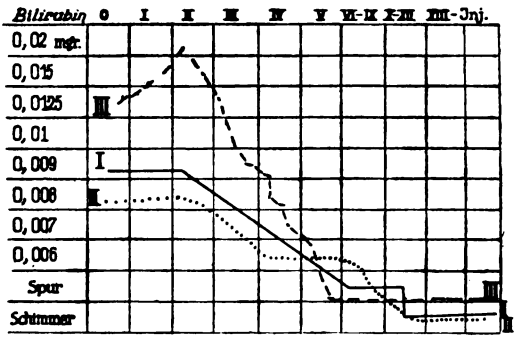
	Positive Fälle	Herxheimer +	Prozent	Bemerkungen
Lues I	5	2 [1])	40	[1]) Beide seropositiv
Lues II	21	4	20	
Lues latens seropositiv	9	2	22	Fall 4, 5 und 6
Lues latens seronegativ	0	0	0	
Lues III	0	0	0	
Lues hereditaria	1	0	0	

Digitized by Google

Fall 1. J. W., Student, 26 Jahre. Infektion unbekannt, vor $^3/_4$ Jahren Beginn abendlicher Kopfschmerzen, vor $^1/_2$ Jahr Auftreten eines Ausschlages, allmähliche Abnahme des Gehörvermögens, Zunahme der Kopfschmerzen, Brechreiz, Gleichgewichtsstörungen.

Status: Am Rumpf und rechten Arm mäßig reichliches, papulöses Exanthem. Scleradenitis universalis. Genitale o. B. WR +++, SGR +++. Keine ikterische Verfärbung. Bilirubin im Serum ++. Liquor trübe, Nonne Apelt +, 322 Zellen, Liquor-WR in allen Verdünnungen positiv. Vom 20. I. bis 20. II. 6,75 Neosalvarsan + 0,4 $HgCl_2$. 20. II. WR +++, SGR +++, Bilirubin —. Im März II. Kur. Zu Beginn WR ++, SGR —, Bilirubin —, bleibt während der Kur negativ. WR wird ebenfalls völlig negativ, auch lumbal.

Der Ausschlag bestand seit über sieben Monate, und Patient zeigt stark ausgeprägte Bilirubinämie, wodurch der Fall uns einen weiteren Beitrag für unsere Erfahrung liefert, daß, je länger die Lues unbehandelt besteht, umso häufiger wir eine Bilirubinämie antreffen. Dies berechtigt uns vielleicht mit zu dem Schlusse, daß die viszerale und Gehirnlues dem Auftreten von Hauterscheinungen bald nachzufolgen pflegt. Auch Schneider (9) hat sich in diesem Sinne ausgesprochen, daß bei Hirnlues häufig eine Bilirubinämie vorhanden ist. Umgekehrt glauben wir die Schlußfolgerung ziehen zu dürfen: Finden wir eine luetische Bilirubinämie, so handelt es sich meist um eine bereits stark generalisierte und deshalb therapeutisch relativ schwerer zu beeinflussende Erkrankung. Denn wir haben niemals in solchen Fällen am Schluß der Kur eine Besserung der WR konstatieren können. Späterhin ließen auch diese Reaktionen in ihrer Intensität nach.



Kurve 1. Zu Fall 1—3 (7 ähnlich 2).

Fall 2. K. L., 21 Jahre, Arbeiter. Infektion Oktober 1921, Ende Oktober Ulkus, jetzt Condylomata lata ad anum, Scleraden. duplex. WR +++, SGR +++, Bilirubin ++. Kein sichtbarer Ikterus.

Diagnose: Lues II mit Hepatitis luetica. Vom 1. XII. bis 22. I. 5,4 Neosilbersalvarsan + 0,3 $HgCl_2$. 22. I. WR +++, SGR +++, Bilirubin —.

Fall 3. W. D., 23 Jahre, Zimmermädchen. Leichte ikterische Verfärbung der Haut und der Skleren. Angina specifica, Papel ad lab. min. Sclerad. univers. Gonokokken —, Spirochäten +, WR +++, SGR +++, Bilirubin +++. Direkte Reaktion verzögert.

Diagnose: Lues II mit Hepatitis luetica. Vom 24. XI. bis 19. XII. 3,5 Neosilbersalvarsan + 0,33 $HgCl_2$. 19. XII. WR +++, SGR +++, Bilirubin —.

Fall 7. F. F., 20 Jahre, Arbeiter. Im März Primäraffekt, der spontan abheilte. Im Juni Warzen am After. 27. X. 1921 makulöses Exanthem, Angina specifica. Papeln ad an. Sclerad. univers. WR +++, Bilirubin +, Urobilin und Urobilinogen negativ.

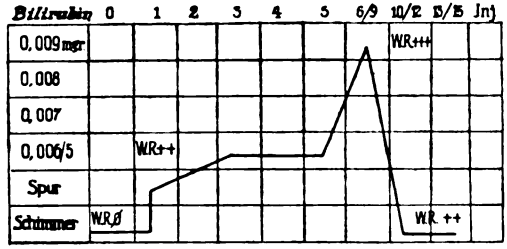
Diagnose: Lues II mit Hepatitis luetica. Vom 4. XI. bis 21. XI. 3,5 Neosilbersalvarsan + 0,18 $HgCl_2$. 21. XI. WR ++, Bilirubin —.

Fall 8. K. F., 22 Jahre, Arbeiter. Gonorrhoische Infektion vor vier Wochen. Primäraffekt nicht sichtbar. 2. X. WR —, Bilirubin —. 3. XI. Gonorrhoe in Abheilung. WR +++.

Digitized by Google

Diagnose: Frühlatenz mit Hepatitis luetica. Vom 9. XI. bis 28. XI. 4,2 Neosilbersalvarsan + 0,36 $HgCl_2$. Am Schluß der Kur WR ++, Bilirubin schwach +.

Fall 8 ist insofern interessant als wohl zugleich mit der gonorrhoischen auch eine luetische Infektion erfolgt ist, ohne sichtbaren Primäraffekt. Die vorher negative WR ist nach drei Wochen, also sieben Wochen post infect. +++, dann fängt der Bilirubinspiegel langsam an zu steigen, als Zeichen für ein Befallensein der Leber, um gegen Schluß der Kur zugleich mit der WR an Intensität nachzulassen. Sekundäre Erscheinungen sind nicht aufgetreten. Dieser Fall ist wohl an die Seite einer Beobachtung von CHATELLIER und BONNETERRE (10) zu stellen, die Ikterus vor dem Erscheinen eines Exanthems bei einem Primäraffekt auftreten sahen.

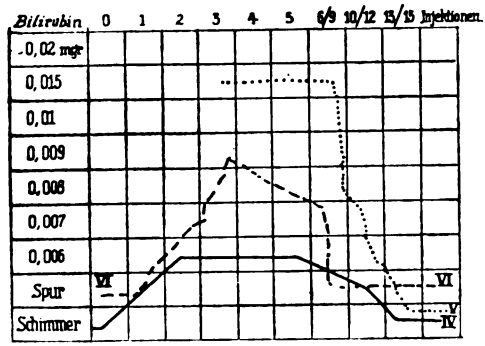


Kurve 2. Zu Fall 8.

Fall 4. F. L., 19 Jahre, Arbeiterin. Infektion angeblich vor zwei Monaten. Angina specifica. Papeln ad gen. WR +++, SGR +++, Bilirubin negativ. 22. IX. 0,2 Neosilbersalvarsan. 23. IX. Bilirubin +. 24. IX. 0,3 Neosilbersalvarsan + 2 ccm Novasurol. 6 Stunden post inject. Bilirubin +. 25. IX. 24 Stunden post II. Inj. Bilirubin —. 26. IX. 0,3 Neosilbersalvarsan + 2 ccm Novasurol usw. Kur wird gut vertragen. Bilirubin tritt nicht wieder auf. Am 3. I. 1922 Beginn der II. Kur. WR ±, die gegen Ende der Kur völlig negativ wird, auch Bilirubin immer negativ.

Fall 5. H. F. H., 25 Jahre, Arbeiter. Infektion Mai 1921. 12 Injektionen im Mai und Juni 1921. Mitte September Beginn der II. Kur außerhalb. Nach der 6. Injektion (2mal wöchentlich) plötzlich Gelbsucht.

Status am 18. X. 1921: Starke ikterische Verfärbung der Haut und Skleren. Leber deutlich palpabel, zwei Querfinger breit unterhalb des Rippenbogens. Milz und übrige Organe o. B. Stuhl normal. Urin bierbraun, Urobilin +++, Urobilinogen +++, Gallenfarbstoffe ++, Bilirubin ++++, WR ++, SGR +++. 20. X. Bilirubin etwas schwächer, 0,3 Neosalvarsan. 15 Stunden post inject. Bilirubin ++, Urin heller, Urobilin- und Urobilinogenprobe bedeutend schwächer. 28. X. nach 4mal 0,3 Neosalvarsan + 2 ccm Novasurol Bilirubin +, Urobilin — und Urobilinogen +. 1. XI. Bilirubin +, Urobilin und Urobilinogen negativ. 7. XI. WR +, SGR —, Bilirubin +. 12. XI. Bilirubin ±, WR —. Hautikterus verschwunden, 4 Pfund Gewichtszunahme. Pat. erhielt jeden zweiten Tag 0,45 Neosalvarsan + 2 ccm Novasurol, im ganzen 4,08 Neosalvarsan + 24 ccm Novasurol in 25 Tagen.



Kurve 3. Zu Fall 4—6.

Bei der Einlieferung des stark ikterischen Pat. standen wir vor der Frage, handelt es sich hier nach sechs Injektionen um eine Salvarsanschädigung oder um eine Spät-Herxheimer-Reaktion. Wir wandten Neosalvarsan an, und der prompte Rückgang von Gallenfarbstoff im Serum und Urin zeigte uns, daß eine luetische Hepatitis vorlag. Der Haut-

Digitized by Google

ikterus schwand erst später, wie ja auch zu erwarten war, daß das kräftig ikterisch durchtränkte Gewebe nur langsam seinen Farbstoff wieder abgeben würde. Gerade in einem derartigen Falle ist die kolorimetrische Methode von unschätzbarem Werte. Auch die 4 Pfund Gewichtszunahme möchten wir auf Konto der gerade in solchen Fällen milde und doch energisch wirkenden Mischspritzenbehandlung setzen.

Fall 6. J. M., 33 Jahre, Heizer. Vor drei Wochen Ausschlag am Gesicht und am übrigen Körper. Noch nicht spezifisch behandelt.

Status am 10. X. 1921: Überaus stark ausgebreitetes mikro-papulo-pustulöses Exanthem. Psoriasis plant. et palm. Papul. madidant. ad gen. Spirochäten +, WR +++, Bilirubin —. Am 26. X. Leber vergrößert und auf Druck schmerzhaft. Leichte ikterische Hautfärbung. Bilirubin ++, Urobilin — und Urobilinogen + nach 5mal 0,3 Neosilbersalvarsan + 2 ccm Novasurol. 28. X. Bilirubin +. 1. XI. nach 7mal 0,3 Neosilbersalvarsan + 2 ccm Novasurol Bilirubin weiterhin zurückgegangen. 9. XI. Leberschwellung und Ikterus zurückgegangen, 1 Pfund Gewichtszunahme. WR +++, SGR —. Hat innerhalb 25 Tagen 3,5 Neosilbersalvarsan + 17 ccm Novasurol erhalten.

Erich Hoffmann (10) hat neuerdings seine Erfahrungen veröffentlicht, die er durch Beobachtung von v. Pezold (11) gestützt wissen will, daß nach Mischspritzenbehandlung häufiger Ikterus auftrete, zum Teil von starken Rezidiverscheinungen der Haut begleitet. H. gibt hierbei der stoßweisen Wirkung zweier so differenter Mittel wie Salvarsan + Hg, wenn sie gleichzeitig vom Blute her erfolgt, die Schuld. Dieser Ansicht stehen unsere Erfahrungen direkt entgegen. v. Pezold gibt an, daß er in 3% seiner Fälle einige Wochen nach Abschluß der Kur Gelbsucht habe auftreten sehen, fügt aber zugleich hinzu, daß in mehreren Fällen Schädigungen durch die Kur auszuschließen waren, und daß in 14 Fällen späterhin die Linsersche Mischung gut vertragen wurde. Nur in 1% der Fälle wurden von v. P. Neurorezidive beobachtet. Leider hat Hoffmann die Einzeldosen und die Gesamtmenge, die in der Kur gegeben wurden, nicht angeführt. Möglicherweise ist H.s Kur sowohl in bezug auf die Einzeldosen wie auch auf die Kürze der Intervalle nicht genügend gewesen. Auch gegen die Dosierungen, wie sie v. P. angibt, haben wir einzuwenden, daß uns besonders die Zugabe von nur 0,001 $HgCl_2$ nicht genügend groß erscheinen will, zumal nur zwei Injektionen in der Woche gegeben werden. Wahrscheinlich hätte v. P. durch größere Mengen von $HgCl_2$ seine Resultate nur verbessern können.

In der Frage „luetische Bilirubinämie und ihre Behandlung" möchten wir unseren Standpunkt dahin festlegen, daß wir sagen:

1. Eine im Frühstadium der Lues oder in der ersten Hälfte der Kur auftretende Bilirubinämie ist nach unseren Erfahrungen mit größter Wahrscheinlichkeit, zumal wenn die direkte Reaktion nach v. D. B. negativ oder stark verzögert ausfällt, als rein luetisch bedingt anzusehen.

2. Es ist in diesem Falle sofort eine energische antiluetische Kur einzuleiten.

3. Als Mittel der Wahl sehen wir die einzeitig intravenöse Salvarsan-Hg-Behandlung an, da sie von unseren ikterischen Luetikern nicht nur anstandslos vertragen wird, sondern auch immer zu einem völligen Schwinden der Bilirubinämie führt.

Digitized by Google

Literatur.

1. Neugebauer, W. kl. W., 1914, Nr. 24. — 2. Tachau, M. Kl., 1921, S. 677 u. 711. — 3. Buschke-Fischer, B. kl. W., 1911. — 4. Stühmer, D. m. W., 1912, Nr. 21. — 5. Michelli, Arch. f. Derm., Bd. 108, S. 353. — 6. Samberger, Arch. f. Derm., 1903, S. 89. — 7. Kirch und Freundlich, Arch. f. Derm., Bd. 136, S. 107. — 8. Hymans v. d. Bergh und Snapper, Gallenfarbstoffe im Blute. — 9. Schneider, Derm. W., 1922, Nr. 10 u. 11. — 10. Chatellier und Bonneterre, Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 2, H. 1—2, S. 95. — 11. E. Hoffmann, Derm. Zschr., 1922, H. 6, S. 362. — 12. v. Pezold, M. m. W., 1922, Nr. 5, S. 151.

Fachzeitschriften.

The Urologic and Cutaneous Review.

Oktober 1921, Bd. 25, Nr. 10.

Pathogenese, Symptomatologie und Therapie des Ekzems der Kinder (Pathogenesis, Symptomatology, and Therapy of Eczema in Childhood), von Erwin Pulay-Wien. Zusammenfassung. Nichts Neues.

Die unbewußte Macht alter Symbolhandlungen, eine Studie über den Phalluskult (The Unconscious Power of Ancient Symbolism. An Essay on Phallic Symbolism), von L. Alexander Stone-Chicago, Ill. Verf. betont die Notwendigkeit psychologischen Eindringens in die primitiven Gebräuche des Menschengeschlechts und gibt auf Grund literarischer Belege einen Abriß der Geschichte des Phalluskults. Derselbe ist uralt. Indien ist seine Heimat. Aber auch in Ägypten ist er in ältester Zeit als Verehrung der Fruchtbarkeit bezeugt. Über die Handlungen selbst werden eingehende Vorschriften geschildert. Pflanzen, Blumen, Früchte werden dem Phallus geweiht; auch die Mistel spielt dabei eine große Rolle, wofür außer in der germanischen Mythologie sogar in jüngsten englischen Gebräuchen Anhaltspunkte zu finden sind. Weiter werden die Beziehungen zwischen Beschneidung und Phalluskult erörtert, die Auswirkungen des letzteren in der Bibel gezeigt und die mittelalterlichen Anschauungen über das wunderkräftige Präputium Christi erwähnt. Zahlreiche weitere Beispiele zeigen, wie einerseits die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten zum Teil mit der Phallusverehrung in Zusammenhang stand, andererseits wie sich die Erinnerung an den Kult bewußt und unbewußt bis in unsere Tage fortgepflanzt hat.

Trombidiasis (Leptus Autumnalis), von Noxon Toomey-St. Louis, Mo. Über Trombidiasis sind bisher kaum englische Arbeiten veröffentlicht. Wegen des häufigen Vorkommens der Erkrankung besonders bei Sommerfrischlern ist die Kenntnis derselben wichtig. Leptus autumnalis kommt in der ganzen tropischen und gemäßigten Zone vor. Anfang Mai, um den 50. Breitengrad in Europa im Juni, treten die Larven in Erscheinung. Jede Krankheitsattacke hinterläßt eine partielle Immunität. Die Larve bohrt sich nicht ein, sondern sticht nur ihr Mundwerkzeug in die Haut und sondert dabei ein reizendes Sekret ab. Es folgt ein Abschnitt über die Biologie des Parasiten und Beschreibung der Spezies. Am häufigsten betroffen sind die Gegend der Fußknöchel und Unterschenkel, dann nahezu alle Körperteile, der Kopf selten. Der Infektionsort ist anfangs ein anämischer Fleck, der allmählich zu einer hyperämischen juckenden Papel wird. Endlich bildet sich ein kleines Bläschen und Hämorrhagien. Rückbildung geschieht sehr langsam. Komplikationen sind selten. Therapie: Bäder, Seifen, Fett mit ätherischen Ölen, Ammoniak, Benzinchloroform ää, Ausziehen der Larven mit steriler Nadel, Unterwäsche wechseln. Sehr gut sind Abreibungen mit 2%igem Thymolspiritus oder 2%igem Guajakolspiritus, auch Kollodium und Traumatizin.

Volkskundliches zur Beschneidung (Circumcision Folklore), von James G. Kiernan-Chicago, Ill. Es wird gezeigt, daß die Beschneidung nicht eine den Juden allein eigentümliche Gewohnheit ist, sondern daß sie historisch über sie hinausgeht und ethnologisch weite Verbreitung gefunden hat. In einem literarischen Abriß werden verschiedene Zeremonien und deren Bedeutung kurz besprochen.

Originäre Kaninchensyphilis (Original Rabbit Syphilis), von Schereschewsky und Werner Worms. Es handelt sich um eine von Norman Goodman ausgeführte Übersetzung einer Arbeit aus der „Derm. Zschr.". H. Muchow-Hamburg.

Digitized by Google

Annales de Dermatologie et Syphiligraphie.

März 1922, Nr. 3.

Biologische Untersuchungen über die Ausflockungsreaktion bei Syphilis nach Sachs-Georgi (Recherches biologiques sur la réaction floculante de Sachs-Georgi dans la syphilis), von S. Nicolau und A. Bancin. S. 97—115. Die Verff. haben Versuche angestellt, um die Natur und den Mechanismus der Ausflockungserscheinung näher zu ergründen. Die Anordnung der Untersuchungen geschah in folgender Weise. Ein Teil der nach der Ausflockungsreaktion nach Sachs-Georgi gewonnenen Flüssigkeit wurde als Produkt A bezeichnet und für sich biologisch untersucht. Der Rest wurde sorgfältig zentrifugiert, bis alle Flocken zu Boden gesunken waren. Die überstehende Flüssigkeit bildete das Produkt B. Die Flockenschicht wurde mehrmals gewaschen und so von Produkt B befreit. Produkt C wurde gewonnen, indem ein Teil der Flocken mit physiologischer Kochsalzlösung aufgeschwemmt wurde. Der andere Teil der Flocken wurde mit Schwefeläther behandelt. Er bildete das Produkt D. Die Trennung der ätherlöslichen von den ätherunlöslichen Flocken ergab die Produkte D_1 und D_2. Ein weiterer Teil von Flocken (gewonnen aus Produkt A) ergab nach Vorbehandlung mit absolutem Alkohol das Produkt E. Auch hier fand noch einmal eine Trennung der alkohollöslichen von den unlöslichen Teilen statt. Die ersteren bezeichneten das Produkt E_1, die anderen das Produkt E_2. Alle diese einzelnen Produkte wurden biologisch untersucht, mit Ausnahme von D und E, die wegen ihrer schnellen Verflüchtigung nicht zur Untersuchung kamen. Es hat sich ergeben, daß die Produkte A—C antikomlementäre Eigenschaften haben. Bei Produkt C sind diese allerdings sehr abgeschwächt (dazu 3 Tabellen). Die Produkte D_1 und E_1 sowie D_2 und E_2 dagegen besitzen Antigeneigenschaft (dazu 1 Tabelle).

Über den Einfluß typhöser Infektionen auf die Bordet-Wassermann-Reaktion (De l'influence des infections Typhoidiques sur la réaction de Bordet-Wassermann), von G. Mestchersky. S. 116—120. Es werden 8 Fälle (2 Typhus- und 6 Fleckfieberfälle) mitgeteilt, bei denen die akuten Infektionen mit den betreffenden Erregern eine günstige Einwirkung auf sekundäre, tertiäre sowie auch hereditäre Lueserscheinungen gehabt haben. Sonst nichts Neues.

Makroglossie mit Erkrankung der Wangen und der Wangenschleimhaut (Macroglossie avec lésions des joues et de la muqueuse buccale), von L. Chatellier. S. 121—123. Der Fall bietet insofern dermatologisch ein Interesse, als er wiederholt Anlaß zur Fehldiagnose „Syphilis" gegeben hat. Sonst nichts Erwähnenswertes.

Herzsyphilis 44 Jahre nach der Ansteckung (Syphilis du cœur 44 ans après le chancre), von A. Nanta und Gadenat. S. 124—125. Interessant an dem Fall (74jähr. Mann) ist die Pulsverlangsamung bis zu 55—56 Schlägen in der Minute, infolge Ausbleibens der Ventrikelschläge und nicht durch Extrasystolen (s. Elektrokardiogramm) bedingt. Daneben bestanden papulöse Effloreszenzen am Genitale. Besserung der Erscheinungen nach 4 Salvarsanspritzen.

Über einen durch Wismut geheilten Fall von Arsen- und Quecksilberfestigkeit (Sur un cas d'arséno et hydrargyro-résistance cédant au traitement par le bismuth), von M. Guibert. S. 126—127. Bei einem 46jähr. Manne entwickelte sich ein phagedänischer Schanker des Gliedes, der trotz Behandlung mit Salvarsan und Kalomel bis zur Größe eines Fünffrankstückes anwuchs. Antiseptische Bäder, Heißluft usw. hatten ebenfalls keinen Erfolg. Erst innerlicher wie äußerlicher Gebrauch von Kalium- und Natriumwismuttartrat brachte Heilung.

April 1922, Nr. 4.

Über mykotische Intertrigo, einer neuen, von einem Hefepilz verursachten Form von Epidermophytie (De l'intertrigo mycosique. Forme nouvelle d'épidermophytie due à une levure), von W. Dubreuilh und P. Joulia. S. 145—162. Die Verff. trennen das Krankheitsbild der mykotischen Intertrigo (9 Krankengeschichten) ab von dem des Ekzema marginatum Hebrae und dem der Intertrigo simplex. Sitz aller 3 Krankheiten sind die Kontaktflächen, namentlich der Genitokruralfalte. Die Intertrigo simplex zeichnet sich durch eine dunkelrote, schuppende, nässende, bogenförmig oft schlecht begrenzte Haut aus. Die befallene Stelle hört genau da auf, wo der Kontakt aufhört. Sie heilt unter indifferenter Puderbehandlung in 24 Stunden. Man findet

Digitized by Google

keine Erreger. Mechanische Ursachen: Reibung und Schweiß. Das Eczema marginatum reicht oft über die Kontaktstelle heraus, die bogenförmige Begrenzung ist scharf, der Rand wird durch kleine Schuppen oder Knötchen gebildet. Man findet das Epidermophyton inguinale Sabouraud. Die Intertrigo mycotica hat mit dem Eczema marginatum viel Ähnlichkeit, aber ihre Begrenzung ist unregelmäßig, landkartenähnlich mit einem schuppenden Rand. Sie geht über die Kontaktflächen heraus. Außerhalb der befallenen Fläche fanden sich auch verstreute Herde von Stecknadelkopfgröße, die später wachsen und konfluieren. Die Affektion juckt stark, besonders abends. Die Verff. haben in all ihren 9 Fällen die Anwesenheit von Hefemyzelien und Hefesporen nachweisen und auf Maltoseagar züchten können. Eine Übertragung auf den Menschen gelang aber nicht. Heilung geschieht prompt unter einer 4—6%igen Salizylsalbe mit benzoiniertem Schmalz.

Neue Versuche von Autobluttransfusion bei Dermatosen mit Reaktionen vom Typ der Serumreaktion (Nouveaux essais d'autohémothérapie dans les dermatoses. Réactions du type sérique consécutives), von J. Nicolas, J. Gaté und D. Dupasquier. S. 163—168. Die Verff. verwandten die Methode in 14 Fällen, die jeder Behandlung trotzten, und hatten 9 Heilungen. Sie empfehlen die Methode vor allem bei pruriginösen Dermatosen, deren Ursache eine Diathese ist, ferner Ekzem, Urtikaria, Duhring und Neurodermatitis chronica cum lichenificatione. Dagegen versagte die Methode völlig bei Lichen planus. In manchen Fällen folgten auf die Injektion dieselben Erscheinungen wie bei Serumkrankheit, dieselben gingen aber alle schnell vorüber (Chok, Fieber, Gelenkgliederschmerzen, Ausschlag). Ein mit Autobluttransfusion geheilter Furunkelfall gibt den Verff. Gelegenheit die Methode in Parallele zu setzen mit der gebräuchlichen Vakzinetherapie.

Dystrophia elastica follicularis (hereditaria?) an der Brusthaut (Dystrophie élastique folliculaire thoracique (héréditaire?) [Naevus elasticus Lewandowsky]), von Carl With und A. Kissmeyer. S. 169—173. Der Fall gleicht den von Lewandowsky aus der Arningschen Klinik in Hamburg beschriebenen. Es handelt sich um eine an der Klinik Reyn in Kopenhagen wegen Lupus erythematodes behandelte 69jähr. Frau, die an der oberen Hälfte der linken Brustdrüse eine eigenartige Hautaffektion aufwies. Sie bestand aus linsengroßen, derben, weißgelblichen, papulösen Gebilden, die in ihrer Mitte ein Haar trugen. Auch mikroskopisch (2 Abb.) stimmte das Bild mit dem von Lewandowsky gegebenen überein. Es fiel den Verff. besonders die Veränderung der elastischen Fasern, die die Gefäße umgeben, auf. Mit Rücksicht gerade auf den Mangel der elastischen Fasern bei dieser Affektion schlagen sie vor, ihr den Namen: Dystrophia elastica follicularis thoracica zu geben.

Über Syphilis, beginnend mit einem Bubo, und Untersuchung von Drüsensaft auf Spirochäten (Sur la Syphilis à début ganglionnaire à bubon d'emblée et la recherche du spirochète dans le suc ganglionnaire), von L. Chatellier. S. 174—175. Kurzer kasuistischer Beitrag zu den Fällen, bei denen sich die Syphilis zuerst unter dem Bilde eines Bubo zeigte. Im Anschluß daran zahlenmäßige Zusammenstellung der Fälle, in denen durch Drüsenpunktion Spirochäten gefunden wurden.

Leberentzündung und Blutarmut nach Quecksilberzyanür (Hépatite et anémie mercurielles dues au cyanure de mercure), von A. Nanta. S. 177—178. Bei einem 40jähr. Pat., der wegen Syphilis mit intravenösen Einspritzungen von Quecksilberzyanür behandelt war, trat unter dem Bilde der Leberentzündung und Blutarmut eine schwere Quecksilbervergiftung auf. F. Quasig-Hamburg.

Archives of Dermatology and Syphilology.

Januar 1922, Bd. 5, H. 1.

Die Behandlung der antenatalen und kongenitalen Syphilis (The Treatment of Antenatal and Congenital Syphilis), von J. A. Fordyce und J. Rosen-New York. S. 1—17. Wird die Lues der schwangeren Frau frühzeitig behandelt, so ist mit der Geburt eines gesunden Kindes zu rechnen. Andererseits können aber gesunde Kinder von unbehandelten und positive WR zeigenden Müttern geboren werden, wobei immunisatorische Faktoren und nicht die behauptete Filterwirkung der Plazenta eine Rolle spielen; denn bei der Geburt gibt das Blut und die Nabelschnur positiven Ausschlag, aber das Blut des Kindes wird und bleibt negativ; von den gleichen Müttern werden aber auch syphilitische Kinder geboren — das hängt von der Art des Leidens und dem

Digitized by Google

Alter der Infektion ab. Man darf also nicht wahllos von vornherein alle von syphilitischen Eltern abstammenden Kinder antisyphilitisch behandeln, sondern muß sie unter jahrelange Beobachtung nehmen. Gelegentlich gibt ein Kind mit den klinischen Zeichen einer aktiven Syphilis negativen serologischen Befund, aber gewöhnlich nur vorübergehend. Es ist in diesem Falle mit der Behandlung nicht zu zögern, da die klinische Diagnose entscheidend ist.

Die Behandlung der Syphilis mit Quecksilberinhalationen. Geschichte, Methode und Erfolge (The Treatment of Syphilis by Mercury Inhalations. History, Method and Results), von H. N. Cole, A. J. Gericke und T. Sollmann-Cleveland. S. 18—33. Quecksilbereinatmungen und -Räucherungen sind zu verschiedenen Zeiten, seit dem ersten Auftreten der Syphilis in Europa versucht worden; sie sind aber stets verlassen worden wegen der unsicheren Wirkung und ihrer gelegentlichen hohen Giftigkeit. Keine von den noch so stark angepriesenen bietet wesentliche Vorzüge vor den alten Methoden. Die unbefriedigenden Erfolge beruhen hauptsächlich auf der unsicheren Dosierung. Hinzukommt die örtliche Schädigung der Lungen. Die Annahme, daß Quecksilber leichter auf dem Lungenwege aufgenommen werde, gründet sich auf falsche physikalische Vorstellungen. Das Quecksilber wird auf den Schleimhäuten des Mundes, Rachens und des Atmungstraktus niedergeschlagen; das im Munde und Rachen niedergeschlagene wird größtenteils hinuntergeschluckt; die Aufnahme erfolgt dann durch die stufenweise Umwandlung des Quecksilbers in lösliche Verbindungen (genau so wie dies geschieht bei der gewöhnlichen Anwendung des Graupulvers). Um die vollständige Inhalation von bestimmten Quecksilberdosen gewiß zu machen, und gleichwertig denen, die bei der intramuskulären Einspritzung üblich sind, wurde eine verbesserte Technik ersonnen und diese bei einer Reihe von Kranken mit aktiver Syphilis zur Ausführung gebracht — aber ohne irgend einen therapeutischen oder sonstigen grundsätzlichen Erfolg. Größere Gaben erschienen nicht gerechtfertigt. Kalomel (-Dämpfe) erzeugte bedenkliche örtliche Reizung.

Erythema nodosum syphiliticum, von E. L. Mc Ewen-Chicago. S. 34—39. Verf. berichtet über die Krankengeschichte einer verheirateten, nicht tuberkulösen Frau mit Erythema nodosum an den Unterschenkeln. Antirheumatische Behandlung blieb erfolglos. WR ++. Es stellte sich heraus, daß der Ehemann an Tabes litt. Die eingeleitete antisyphilitische Behandlung brachte prompt das Erythema nodosum zum Verschwinden. Aber in der Folgezeit — bei negativer WR — erfolgten neue Anfälle von Erythema nodosum, die aber jetzt der Salizylbehandlung zugänglich waren. In dem ersten Anfall hat jedenfalls die Syphilis eine komplizierende Rolle gespielt. Da das Leiden auf Endophlebitis embolischen Ursprungs beruht, kann, ebensogut wie Tuberkulose, Streptokokken oder Staphylokokken, ätiologisch die Lues in Frage kommen.

Die Arsenausscheidung nach reihenweiser Salvarsan- und Neosalvarsananwendung (The Excretion of Arsenic after Serial Administration of Arsphenamin and Neo-Arsphenamin), von F. P. Underhill und St. H. Davis-New Haven (Conn.). S. 40—50. Arsenik erscheint im Urin innerhalb weniger Stunden nach intravenöser Einspritzung von Salvarsan. Das Maximum der Ausscheidung erfolgt an dem Tage der Einspritzung oder am Tage darauf. Reihenweise gegeben, ist das Maximum bei jeder nachfolgenden Dosis größer, desgleichen ist der Prozentgehalt des ausgeschiedenen Arsens in dem ersten Intervalle gering sowohl im Urin wie in den Fäzes, um bei jeder nachfolgenden Injektion und jedem nachfolgenden Intervalle anzusteigen. In den Fäzes erscheint das Arsen langsamer, aber innerhalb von 3—4 Tagen nach der Einspritzung. Bei einer Reihe von Injektionen ist der Gesamtprozentsatz von ausgeschiedenen Arsen in den Fäzes höher als im Urin und beträgt 53,76% in einer Woche. Zwischen Arsenausscheidungsgehalt und der Menge von Urin oder Fäzes bestehen keine Beziehungen.

Die Ausscheidung von Salvarsan und Neosalvarsan durch den Urin; eine chemische und klinische Untersuchung über die Abelin-Reaktion (The Elimination of Arsphenamin and Neo-Arsphenamin in the Urin. A Chemical and Clinical Study of the Abelin Reaction), von B. Barker Beeson und P. G. Albrecht-Chicago. S. 51—62. Im Anschluß an die Arbeiten von Abelin (Abelin, J.: „Über eine neue Methode, das Salvarsan nachzuweisen", M. m. W., 1917, Nr. 58, S. 1002; derselbe: „Beginn und Dauer der Ausscheidung des Salvarsans durch den Urin nach intravenöser Injektion", M. m. W., Nr. 58, S. 1771—1773) haben die Verf. diese Farbenreaktion am Salvarsan nachgeprüft. Sie halten die Reaktion für sehr scharf und bestätigen größtenteils die Abelinschen Befunde.

Digitized by Google

Jucken bei Syphilis (Itching in Syphilis), von W. C. Highman-New York. S. 63 bis 68. Von der Regel „Juckende Hautveränderungen sind nicht syphilitisch" gibt es gelegentliche Ausnahmen. Verf. berichtet u. a. über den Fall eines Mannes mit juckenden Ausschlag am Hodensack, der über 1 Jahr bestanden hatte. Vorgeschichte sowie negative WR sprechen gegen Lues. Auf die Diagnose Granuloma annulare hin wurde eine Röntgenbehandlung eingeleitet — ohne jeden Erfolg. Eine abermalige Blutuntersuchung fiel jetzt positiv aus, worauf unter antisyphilitischer Kur das Leiden schnell beseitigt wurde.

Orientbeule. Bericht über vier Fälle (Oriental Sore. Report of Four Cases), von D. King Smith-Toronto (Kanada). S. 69—72. Mitteilung der Krankengeschichten von vier Fällen, darunter zwei Kinder, die alle in Bagdad aufkamen. Abbildung eines Gesichtsfalles, sowie der Leishman-Donovan-Körper in einem großen Lymphozyt. In den beschriebenen Fällen lag allem Anschein nach keine Allgemeininfektion vor. Behandlung: Röntgen und Salvarsan.

Epitheliome des Gesichts und ihre Behandlung mit Radium (Epitheliomas of the Face and their Treatment with Radium), von H. Morrow und L. Taussig-San Francisco. S. 73—87. Gute Erfolge mit genauer Angabe der Applikationsweise der amerikanischen Radiumpräparate.

Bericht eines Falles von Hypothyroidismus mit ungewöhnlichen Hauterscheinungen (Hypothyroidism with Unusual Skin Manifestations. Report of a Case), von H. P. Towle und E. L. Oliver-Boston. S. 88—93. Es handelte sich um ein körperlich und besonders geistig zurückgebliebenes 3jähr. Mädchen aus gesunder Familie, das von einer vielleicht syphilitisch gewesenen Mutter geboren war und drei sich äußerst ähnelnde „Hautanfälle" hatte, die jedesmal mit Thyreoidin (auch äußerlich in Pastenform angewandt) behandelt und geheilt wurden, ohne daß sich an dem geistigen Zustande etwas merklich änderte. Bei jedem „Anfall" war die Primärläsion eine eiterige, subepidermale Pustel von Stecknadelkopfgröße, die schnell die oberen Schichten der Oberhaut unterminierte und schließlich durchbrach, um eine ausgezackte Stelle zu hinterlassen. Fieber fehlte nur beim dritten Anfall. In charakteristischer Weise wurde allmählich die gesamte Körperseite befallen mit alleiniger Ausnahme des Gesichts, der Handflächen, Fußsohlen und vereinzelter Stellen an den Beinen. Die Rückbildung erfolgte in derselben Reihenfolge.

Die Fettsäuren des Chaulmoograöls bei der Behandlung der Lepra und anderer Krankheiten (The Fatty Acids of Chaulmoogra Oil in the Treatment of Leprosy and other Diseases), von H. J. Hollmann-Honolulu (Hawai). S. 94—101. In den Fettsäuren des Chaulmoograöls, sei es in der Form des Natriumsalzes, sei es in der Äthyl-Esterform (die Technik der Herstellung wird genau beschrieben), haben wir ein Arzneimittel, das die Leprabazillen und die Krankheitsherde zum Verschwinden bringt, wenn es genügend lange Zeit hindurch gegeben wird. Alle Patienten, die negativ-bakteriologischen Befund zeigen, müssen unter Behandlung und Beobachtung noch für mindestens zwei Jahre verbleiben. Die bei Lupus und bei anderen Formen der Tuberkulose erzielten Erfolge ermutigen zu weiteren Versuchen.

Lichen planus et acuminatus atrophicans, von S. Feldman-New York. S. 102 bis 113. Lichen planus und Lichen acuminatus haben enge Beziehungen zueinander, was u. a. daraus hervorgeht, daß sie bei den Krankheitserscheinungen zur selben Zeit bei derselben Person auftreten können. Verf. geht dann auf die verschiedenen verwirrenden Beziehungen und die geschichtliche Literatur des Lichen atrophicans ein und berichtet über die Krankengeschichte einer 45jähr. Frau, deren Geschichte tatsächlich eine Leidensgeschichte war, insofern als sie lange Zeit auf Trichophytie, dann auf Lues behandelt und schließlich nervös gänzlich heruntergekommen war. Es bestand eine äußerst seltene Kombination der zwei Lichenarten, und zwar beide von der atrophischen Form, wie sie von Hallopeau beschrieben ist, wofür u. a. sprach: der mikroskopische Befund, das äußerst starke Jucken und die tiefrote Farbe der Papel für eine Zeitdauer von mehr als einem Jahr seit dem Anfang des Leidens und der schnelle Rückgang nach Einsetzen der Arsenkur.

E. Ahrens-Hamburg.

Digitized by Google

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1922, Bd. 63, Nr. 3.

Beitrag zur histopathologischen Untersuchung der Pityriasis versicolor. (Contributo allo studio isto-patologico della „Pityriasis versicolor"), von PIER ANGELO MEINERI-Turin. Die Hornschicht ist verdickt und schlaff mit dem Stratum lucidum vereinigt. Daneben gerne Parakeratosis. Das Mikrosporon furfur lebt nur im Stratum corneum unter Bevorzugung seiner äußereren und mittleren Schichten. In der Basalschicht findet man nur gelegentlich Endverzweigungen der Myzelfäden. Inter- und intrazelluläres Ödem des Strat. Malpighi. Leichteste Lymphozyteninfiltration. Über den ältesten Stellen manchmal Bläschenbildung. In der Besalschicht zuweilen Pigmentvermehrung. In der Kutis Gefäßerweiterung, Vermehrung der Bindegewebszellen, besonders an den Gefäßen; selten Lymphozytenauswanderungen, zuweilen Plasmazellen; Pigmenthäufchen.

Der sardinische Aussatz bis zum Jahre 1921 (statistischer und epidemiologischer Überblick, Betrachtungen über Prophylaxe), (La lepra Sarda fino al 1921. Rassegna critica, epidemiologica — considerazioni profilattiche), von ALBERTO SERRA-Cagliari. Nach einem Überblick über die Geschichte des Aussatzes in Sardinien, die italienischen wissenschaftlichen Arbeiten, das Krankheitsbild, die Ausbreitung des Leidens und die besonderen sardinischen Verhältnisse, werden die Vorschläge der Leprakongresse kritisch beleuchtet. SERRA fordert an Stelle der ganz ungenügenden Überwachung der Aussätzigen Italiens die Errichtung mehrerer Leprosorien, welche die Übertragung genügend verhindern, aber gleichwohl des Gefängnischarakters entbehren, die Errichtung einer Art abgeschlossener, ärztlich überwachter Dörfer.

Primäraffekt der Nase (Sifiloma iniziali intranasali), von PIETRO RAMOGNINI-Turin. Vier neue Fälle. Sie bieten im wesentlichen nichts Neues. Die deutsche Literatur, z. B. die Veröffentlichungen von GERBER und von SEIFFERT, ist dem nur italienisch-französisch orientierten Verf. fast ganz fremd. Von den intranasalen Erscheinungen seien als weniger bekannt nur die gegen die Augenhöhle zu ausstrahlenden Schmerzen und das indurative Ödem genannt; dieses kann die Nase ganz, oder wenigstens die befallene Seite und auch die entsprechende Wange einnehmen.

Drei Fälle von syphilitischer Reinfektion (Tre casi di reinfezione sifilitica), von P. MINASSIAN.

Die Wismutpräparate in der Behandlung der Syphilis. Klinische Beobachtungen (I preparati di bismuto nella cura della sifilide. Osservazioni cliniche), von A. PASINI-Mailand. 31 Kranke. Verwendet wurde das Natrium- oder Kaliumsalz des Wismuttartrats, sei es in wässeriger Lösung (Luatol) oder in öliger Suspension (Trepol), und das Natrium bismuto citricum. Schwund der Spirochäten nach der ersten oder zweiten Injektion. Rasche Epithelialisierung der Erosionen und Geschwüre (Schanker), aber langer Bestand der Verhärtung. Rasche Epithelialisierung der Mund- und Genitalpapeln, auch der hypertrophischen, aber hartnäckiger Bestand mancher Hautausschläge, besonders der lentikulären Formen. Geringer Einfluß auf Gaumen, auf die Drüsenschwellungen und WR und SGR. Schmerzen an der Injektionsstelle, wenn auch in der Regel nicht sehr heftigen Grades; selten Temperaturanstieg. Geringe Störung des Allgemeinbefindens und Anämie. JARISCHsche Reaktion, aber nur gelegentlich und nur leichthäufig Stomatitis (schwarzer Zahnfleischsaum bis zu geschwürig-nekrotischen Prozessen, aber in der Regel nur am Anfang einer Kur und leicht zu beeinflussen). Die Wismutausscheidung durch den Urin beginnt vier Stunden nach der Einspritzung und dauert noch zehn Tage nach Abschluß der Kur an. Wismut wirkt rascher, aber weniger intensiv als Quecksilber und steht in beiden Richtungen hinter den Arsenobenzolen zurück. Es mag wertvoll sein, wo diese Präparate versagen, aber vor allgemeinerer Anwendung wären erst die Nebenwirkungen zu prüfen.

Über die neue Behandlung der Syphilis mit den Wismutsalzen (Sulla nuova cura della sifilide coi sali di bismuto), von A. DE BELLA-Genua. Acht Fälle. Injektionen von unlöslichem Wismuttartrat. Ergebnisse: Deutliche, aber nicht sehr rasche Rückbildung der Krankheitserscheinungen. Etwa wie nach Kalomeleinspritzungen. Zweimal Herxheimer. Einfluß auf die Spirochäten und Nichtbeeinflussung der WR wie in voriger Arbeit. Die örtlichen Schmerzen werden als sehr heftig und oft unerträglich bezeichnet. Fieber, Kopfschmerz und Schüttelfrost nur nach den ersten Einspritzungen (Herxheimer?). Einmal Schwäche, Abmagerung und Magenstörung; einmal Albuminurie. Stomatitis

Digitized by Google

häufig, besonders bei schlechter Mundpflege. (Schwarzer Saum und Flecken bis zu Geschwüren; in diesem Falle fusiforme Bazillen und Spirillen in Symbiose.) Sie zwang manchmal zur Unterbrechung der Kur. Wismut ist mehr organotrop als das Quecksilber. Es kann Salvarsan nicht ersetzen.

Wismuttartrat in der Behandlung der Syphilis. Vorläufige Mitteilung (Il tartaro bismutato nella terapia della sifilide [nota preventiva]), von GIACOMO DEFINE-Neapel. Acht Fälle. Injektion unlöslicher Salze. Bestätigung der vorhergehenden Arbeiten. Nur bei Syphilis III wurde abweichend langsame Wirkung erzielt. In einem Fall von progressiver Krankheit kein Erfolg. Dagegen in zwei Fällen, wo die kombinierte Salvarsan-Quecksilberbehandlung nicht befriedigt hatte.

Über einige giftige Serien von Neosalvarsan (Di alcune serie tossiche di neosalvarsan), von LEONARDO NARDELLI-Trient.

Schwellkörperverhärtung geheilt mit Röntgenstrahlen (Sclerosi dei corpi cavernosi guarita con i raggi Roentgen), von CARLO GUARINI-Neapel. 5 Hk; $^7/_{10}$ Al, später $1^1/_2$. 4 Sitzungen. Heilung der objektiven und subjektiven Zeichen und der funktionellen Störungen. A. v. Notthafft-München.

Mitteilungen aus der Literatur.

Syphilis.

d. Serologie.

Untersuchungen über die Methodik und den klinischen Wert der Goldsolreaktion im syphilitischen Liquor cerebrospinalis, von O. GRÜTZ-Kiel. (Kl. W., 1922, Nr. 15, S. 735.) Ausführliche Mitteilung im Arch. f. Derm., Bd. 139. E. Langer-Berlin.

Bericht über eine kurze Erfahrung mit der SACHS-GEORGI-Reaktion (The Record of a Brief Experience with the SACHS-GEORGI-Test), von P. PARTHASARATHY, MARY M. BARRATT und J. C. G. LEDINGHAM. (Brit. m. J., 15. IV. 1922, S. 594—596.) Die Arbeit, die die Ergebnisse der Prüfung von im ganzen nur 265 Seren mit 2 Antigenen darstellt, bietet nichts besonders Erwähnenswertes. E. Sklarz-Berlin.

e. Therapie.

Die Präventivbehandlung der syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems (La cura preventiva delle malattie sifilitiche dei centri nervosi), von GIUSEPPE PELLACINI. (Rif. m., 1922, Nr. 21.) Da auch die vollendetsten Methoden der modernen Therapie nicht imstande sind, die syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems zu heilen, sieht Verf. die Hauptwaffe gegen diese Erkrankungen in der Präventivtherapie. Diese besteht in der kompletten Sterilisation der „luetischen Septikämie" und in der „spezifischen Prophylaxe". In erster Hinsicht kommen vor allem die Arsenobenzole, die Abortivkuren bei wiederholter Kontrolle durch die WR, in zweiter die Kontrolle, ob das syph. Virus sich nicht in den Meningen lokalisiert hat. Diese Kontrolle besteht in exakter Liquoruntersuchung durch die bekannten Methoden. Bei positivem Ergebnis sofortige Behandlung. Sämtliche Lueskuren sind durch eine provokatorische Neosalvarsaninjektion, Blutprobe und, falls diese negativ ausfällt, mit Liquoruntersuchung abzuschließen. E. Freund-Triest.

Die Behandlung der kongenitalen Syphilis vor der Geburt mit Salvarsan und Quecksilber (The Ante-Natal Treatement of Congenital Syphilis with Salvarsan and Mercury), von JOHN ADAMS. (Brit. m. J., 14. I. 1922.) Verf. redet einer möglichst frühzeitigen und ausgiebigen Behandlung mit Galyl und Quecksilberpräparaten das Wort. Die Behandlung mit kongenitaler Syphilis geborener Kinder soll möglichst über 2 Jahre ausgedehnt werden. Der Aufsatz ist eine Oppositionsschrift gegen eine Arbeit von FINDLAY (Brit. m. J., 26. XI. 1921). E. Sklarz-Berlin.

Hilfsapparat zur Dosierung des Neosalvarsans, von A. GAAL-Budapest. (Klin. Wschr., 1922, Nr. 16, S. 813.) E. Langer-Berlin.

Bericht über einen experimentellen und klinischen Vergleich der therapeutischen Eigenschaften verschiedener Präparate von Neosalvarsan (Report on an Experimental and Clinical Comparison of the Therapeutic Properties of Different

Digitized by Google

Preparations of 914 (Neosalvarsan), von H. H. Dale und C. F. White. (Lancet Nr. 5147, S. 779.) Die Verff. fanden, daß die Präparate, welche bei mit Trypanosoma equiperdum infizierten Mäusen sich am wirksamsten erwiesen, auch am schnellsten die Spirochäten beim Menschen zum Verschwinden brachten. R. Erichson-Kiel.

Der therapeutische Index des Silbersalvarsan verglichen mit dem des Alt- und des Neosalvarsans (The Therapeutic Index of Silver Arsphenamin: Comparison with that of Arsphenamin and Neo-Arsphenamin), von Abraham Strauss, D. M. Siblick, M. L. Mallas und B. L. Crawford-Philadelphia. (J. Am. m. Ass., Bd. 78, Nr. 9, S. 632—634.) Es wurden drei Gruppen von je 25 Kranken behandelt. Gruppe I erhielt Silbersalvarsan, Gruppe II Altsalvarsan, Gruppe III Neosalvarsan. Als Vergleichswert diente die WR, die vor der Behandlung sowie 8 Tage nach der 8. Einspritzung angestellt wurde. Die Behandlung wurde 4 Wochen lang mit wöchentlich zwei Einspritzungen durchgeführt. Es ergab sich, daß von den seropositiven der Gruppe I nur 1 Fall eine negative Reaktion zeigte, von Gruppe II 13, von Gruppe III 9 Fälle. Daraus wird der Schluß gezogen, daß die spirochätentötende Wirkung des Silbersalvarsans denen der andern beiden Präparate weit unterlegen ist. F. Quasig-Hamburg.

Die Wirkung einer Serie von Silbersalvarsanbehandlung auf die Niere (The Effect of Serial Administration of Silver Arsphenamine on the Kidney), von D. M. Siblick und M. L. Mallas-Philadelphia. (New York m. J., 1922, Bd. 115, Nr. 9.) Eine Serie von 10 Patienten erhielt in Abständen von 14 Tagen intravenöse Einspritzungen von Silbersalvarsan 0,2, im ganzen 1,6 bei eingehender Untersuchung des Blutes und des Harns vor und während der Behandlung. Funktionelle Störungen der Niere fanden sich nicht, Erscheinungen von Nephritis, bei in dieser Weise behandelten Patienten waren schon vor der Behandlung vorhanden. E. Levin-Berlin.

Klinische Erfahrungen mit Neosilbersalvarsannatrium, von Alfred Sternthal-Braunschweig. (D. m. Wschr., 1922, Nr. 14, S. 457—458.) Verf. berichtet über günstige Resultate nach der Behandlung mit NSS. In 20 ccm Wasser gelöst wurde NSS gut vertragen, hatte keine üblen Nebenwirkungen. Günstige Beeinflussung der Seroreaktion. Gefahrlose Anwendung bei Herzkranken, Tabikern, Graviden und Säuglingen. Die Anwendung von Mischspritzen (NSS + Novasurol oder Cyarsal) ist, so lange die Gefahrenzone noch nicht hinreichend bekannt, für den Praktiker nicht ratsam. Für die Erprobung in Klinik wird NSS + Cyarsal empfohlen. F. Harry-Berlin.

Klinische Erfahrungen mit Neosilbersalvarsan, von A. Stühmer-Freiburg i. B. (D. m. Wschr., 1922, Nr. 18, S. 584—586.) Gute Verträglichkeit des Neosilbersalvarsans und gute Einwirkung auf die luetischen Erscheinungen bei 505 Kranken. Bei 36 Fällen von Lues I keine „positiven Schwankungen", was jedoch auf die gleichzeitige Verabreichung von Hg zurückgeführt wird. Von 173 Fällen von Lues II (WR +) waren 128 nach Abschluß der Kur negativ. Verf. sieht im Neosilbersalvarsan einen bedeutenden Fortschritt in der Salvarsantherapie. F. Harry-Berlin.

Antisyphilitische Kuren mit intensiver Darreichung von Salvarsan-Novasurolmischung bei Herzkranken, von C. Winkler-Nauheim. (D. m. W., 1922, Nr. 15, S. 486—487). Novasurol allein und in Kombination mit Salvarsan übt keinen nachteiligen Einfluß auf den Zirkulationsapparat aus. Gute Erfolge mit der Novasurol-Salvarsanmischung bei tertiärer Herz- und Lungensyphilis. F. Harry-Berlin.

Zur Technik der intravenösen Salvarsan-Novasurolmischung, von M. Bab-Charlottenburg. (D. m. W., Nr. 22, S. 731.) Nach Mischung von Salvarsan und Novasurol wird etwas Luft aspiriert, die als Luftblase am oberen Ende der aufwärts gerichteten Spritze bleibt. Wird nach dem Einstich in die Vene Blut angezogen, so kann man durch die Luftblase hindurch das Blut eindringen sehen. Die Luftblase hält sich bis zum Schluß der Injektion in der Spritze. F. Harry-Berlin.

Zur Frage der intravenösen Mischinjektionen (Hg + Salvarsan) in der Syphilisbehandlung unter besonderer Berücksichtigung des Cyarsals, von V. Nagel-Halle. (D. m. W., 1922, Nr. 25, S. 835—836.) Die klinischen Erscheinungen der Syphilis bilden sich nach Mischinjektionen nicht so prompt zurück wie bei der zweizeitig kombinierten Hg-Salvarsanbehandlung. Auch die WR wird, besonders was die Dauerwirkung betrifft, nicht so gut beeinflußt wie durch die zweizeitige Kombination von Hg und Salvarsan. F. Harry-Berlin.

Zur Histologie einer sogenannten Salvarsan-Dermatitis, von Hermann Barmeyer. Diss., Gießen 1920 (Hautklinik Jesionek). 20jähr. Patientin mit Primäraffekt, kleinmakulösem Exanthem und Angina specifica. Die Hauterscheinung trat im Anschluß

Digitized by Google

an die 6. intravenöse Sulfoxylatsalvarsan-Injektion (0,3) auf. Die histologische Untersuchung ergibt in der Hauptsache eine exsudative Entzündung mit starker Durchtränkung des Papillarkörpers und der untersten Schichten der Epidermis, wobei zahlreiche Wanderzellen die Oberhaut zu durchdringen suchen. Eigentümlich sind der Entzündung in diesem Falle die zahlreichen eosinophilen Leukozyten. In der Hornschicht beginnt eine großblättrige Abschuppung. F. Weiler-Leipzig.

Verhinderung von Intoxikationserscheinungen (Fieber, Hautentzündung) nach Neosalvarsaninjektionen durch gleichzeitige Verabreichung von Calcium bromatum und Calcium chloratum, von Desider Kenedy-Budapest. (D. m. W., 1922, Nr. 18, S. 586.) Mitteilung eines Falles, bei dem nach Salvarsaninjektion Dermatitis auftrat. Die späteren Injektionen wurden mit Optokalcil. oder 10% Calc. chlorat. als Lösungsmittel des Salvarsans verabreicht und reaktionslos vertragen. F. Harry-Berlin.

Aplastische Anämie nach Neosalvarsan mit Bericht eines Falles (Aplastic Anemia following Neo-Arsphenamin. Report of Case), von S. M. Feinberg-Chicago. (J. Am. m. Ass., Bd. 78, Nr. 12, S. 888.) Kasuistischer Beitrag zu den von Goerke, Moore und Keidel, Rumpel, Leede u. a. beschriebenen Fällen von Bluterkrankungen nach Salvarsaneinspritzungen. Dieser Fall betraf eine 46jähr. Schwedin, die 26 Neosalvarsaneinspritzungen wegen Lebersyphilis erhielt, nachdem eine Behandlung mit Jod und Quecksilber voraufgegangen war. Während der Salvarsankur waren außer einer leichten Gelbsucht keine Erscheinungen aufgetreten. Kurz nach Beendigung dieser Kur traten Erscheinungen von sekundärer Anämie auf, die mit Haut- und Schleimhautblutungen einhergingen sowie ständig zunehmendem Verfall der Körperkräfte. Die Blutuntersuchung ergab WR negativ, Farbe blaß, Gerinnungszeit 20 Minuten, Hämoglobin 15%, 880000 Erythrozyten, 1600 Leukozyten, davon 70% kleine Lymphozyten, keine anormalen weißen Blutzellen. Fast völliges Fehlen der Blutplättchen. Der Fall kam ad exitum. F. Quasig-Hamburg.

Zur Frage der Salvarsandermatitis, von W. Heyn-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 23, S. 767—769.) Zur Vermeidung von Salvarsandermatitis sind auch die geringsten prämonitorischen Anzeichen (Temperatursteigerung, Gewichtsabnahme, Kopfschmerzen, Erbrechen usw.) zu beachten. Auch jede während der Kur auftretende Hautveränderung, mag sie noch so banal aussehen, ist eine Indikation zur Unterbrechung der Kur. F. Harry-Berlin.

Salvarsan-Ikterus, Ursache, Auftreten und Behandlung (Salvarsan Jaundice: Its Causation, Incidence and Treatment), von Frederick Chamberlain-London. (Lancet, Nr. 5146.) Verf. findet unter 1200 Luespatienten 64 Fälle von Gelbsucht. Nach Abzug solcher Fälle, welche als Icterus lueticus und catarrhalis aufzufassen sind, bleiben 50 Fälle von reinem Salvarsanikterus, das sind also beinahe 4%. Die möglicherweise Gelbsucht auslösenden Faktoren sind: eine sensibilisierende Salvarsandosis oder Kur, unregelmäßige zeitliche Abstände zwischen den Injektionen, Gebrauch von mehr als einem Salvarsanpräparat während derselben Kur, Lagerung der Präparate an einem warmen Platz, relative Unlöslichkeit des Medikaments. All diese Faktoren wirken viel schädigender, wenn der Patient unterernährt, von schlechter Konstitution oder Alkoholiker ist. In den meisten Fällen tritt der Ikterus in der 9. bis 13. Woche nach der letzten Salvarsaninjektion auf. Als souveränes Mittel in der Therapie erklärt er Diäthylamin, das in fünftägigen Intervallen intramuskulär gegeben wird in der Dosis von 2. 5 ccm. Noch besser soll „Contramine" sein, ein Additionsprodukt aus 2 Molekülen Diäthylamin und 1 Molekül Schwefelkohlenstoff. Es hat den Vorteil, daß es besser vertragen wird und intravenös gegeben werden kann, doch wurde dieses Präparat erst an einigen Fällen versucht. R. Erichson-Kiel.

Die Verschlechterung des Neosalvarsans (The Deterioration of Neo-Arsphenamin), von George B. Roth-Cleveland. (J. Am. m. Ass., Bd. 78, Nr. 16, S. 1191—1192.) Es wurden Untersuchungen darüber angestellt, welche Veränderungen Alt- und Neosalvarsan in den zugeschmolzenen Ampullen im Laufe der Zeit erleiden. Die Untersuchung erstreckte sich auf die physikalischen und toxischen Eigenschaften der genannten Präparate und ihre Veränderungen. Im Gegensatz zum Altsalvarsan zeigte sich Neosalvarsan nach Farbe, Löslichkeit, Beweglichkeit in der Ampulle sowie im Geruch verändert. Dasselbe traf für die toxische Komponente zu, da die Giftigkeit des Präparats erhöht war, wie es die Versuche an Ratten erwiesen. Ferner wurde gefunden, daß unter dem Einfluß erhöhter Außentemperaturen die Verschlechterung des Neosalvarsans beschleunigt wurde. Deshalb der Rat, Salvarsanampullen möglichst kühl aufzubewahren. F. Quasig-Hamburg.

Digitized by Google

Die Nebenwirkungen des Neosalvarsans und ihre Bekämpfung unter besonderer Berücksichtigung des Suprarenins, von HANS REINHARD-EICHELBAUM-Berlin. (D. m. W., 1922. Nr. 24, S. 804—805.) Verf. bespricht alle Nebenwirkungen des Salvarsans und deren Verhütung und Bekämpfung durch subkutane Injektionen von Suprarenin. F. Harry-Berlin.

Salvarsan bei chirurgischen Eingriffen in septischen Wunden, von GEYER-Zwickau. (D. m. W., 1922, Nr. 24, S. 806.) Verf. exzidiert alle leicht erreichbaren Schanker und beobachtet stets primäre Wundheilung, wenn er zu gleicher Zeit mit der Exzision Salvarsan injiziert. Die Primärheilung trat nicht ein, wenn Salvarsan erst einige Tage nach der Operation gegeben wurde. F. Harry-Berlin.

Betrachtungen eines alten Praktikers über Salvarsan und Quecksilber, von KROMAYER-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 21, S. 686—688.) Todesfälle, Neurorezidive, Dermatitiden sind nicht dem Salvarsan selbst, sondern seiner fehlerhaften Anwendung zur Last zu legen. (Hohe Dosen, kombinierte Kur.) Die Konsequenzen aus den Betrachtungen sind folgende: Quecksilber und Salvarsan sind in häufigen kleinen Dosen, nicht zeitlich gemeinsam zu applizieren. Die Hg-Kur soll der Salvarsankur vorausgehen. Die Schmierkur ist die beste Methode der Hg-Applikation. F. Harry-Berlin.

Ist das Quecksilber ein symptomatisches Heilmittel oder beeinflußt es den Verlauf der Syphilis, von J. HELLER-Berlin. (Klin. Wschr., 1922, H. 11.) Auf Grund ausgedehnter pathologisch-anatomischer Untersuchungen glaubt H. den Beweis erbracht zu haben, daß das Quecksilber den Verlauf der ganzen syphilitischen Erkrankung günstig beeinflußt und nicht bloß auf die Symptome einwirkt. Es ist zur Zeit noch nicht erwiesen, daß das Salvarsan ebensoviel oder mehr leistet, daher warnt H. davor, allein mit Salvarsan zu behandeln und bezeichnet das Quecksilber, solange keine sicherere und bessere Methode gefunden wird, als unentbehrlich für die Syphilistherapie. Auf eine Selbstheilung der Syphilis (LESSER) könne man nicht vertrauen. E. Langer-Berlin.

Über Merkurialstomatitis, von FRITZ HELLWIG. Zahnärztliche Diss., Leipzig 1921 (Hautklinik RILLE). Ausführliche Beschreibung der Symptome, Ursachen und Behandlung. F. Weiler-Leipzig.

Grundzüge der Arsen-Wismutbehandlung der Syphilis (Principes du traitement arséno-bismuthique de la syphilis), von A. SÉZARY und M. POMARET. (Progr. med., 1922, Nr. 8.) Die Kombination von Wismut und Salvarsan wurde zu dem Zweck unternommen, um die bei reiner Wismutanwendung beobachteten schweren Stomatitiden zu verhüten. Da sich ein schon früher von EHRLICH und KARRER hergestelltes Präparat als sehr unbeständig erwiesen und daher keinen Eingang in die Praxis gefunden hatte, ging man zu einer Kombination in der Spritze über, und zwar von basischem Aminoarsenophenol und wismut-weinsteinsaurem Kalium und Natrium. Die Einspritzungen können auch intramuskulär erfolgen. Stomatitis wurde niemals beobachtet, meist nicht einmal ein Wismutsaum am Zahnfleisch. Die Toxizität der Kombination ist geringer, als die der reinen Wismutverbindung. Die Wirksamkeit ist eine prompte, sie trat auch bei vorher gegen Salvarsan allein resistenten Fällen ein. E. Levin-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Gestorben: Dr. ARTHUR M. SHEILD in London. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. RILLE, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. UNNA, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

4. November 1922 | Nr. 44 | Band 75

Aus dem Institut für Krebsforschung Hamburg-Eppendorf (Leiter: Priv.-Doz. Dr. Biebich).

Zur Histogenese der Teerkarzinome.

Von

Dr. R. Biebich.

Bringt man eine beliebige Stelle der Haut gesunder weißer Mäuse unter die dauernde Einwirkung von Steinkohlenteer, so treten hier durchschnittlich am 40. Tage Hyperkeratosen, am 80. Tage Epithelhyperrophien, am 131. Tage Karzinome auf[1]). Man erzielt also durch die Teerpinselung an ein und derselben Hautstelle anfangs — bis zum 80. Tage — ein gesteigertes Höhenwachstum des Epithels; im weiteren Verlauf der Teerwirkung — bis durchschnittlich zum 131. Tage — tritt dann an solchen Stellen gleichzeitig Tiefenwachstum auf. Bei diesem wird die normale, scharfe Grenze zum Bindegewebe von dem vordringenden Epithel durchbrochen und es breitet sich dann, anfangs in schmalen Zügen und später in breit-zusammenhängender Masse im fremden Gebiet aus. Hört man mit der Teerpinselung im Stadium der Epithelhyperthrophie auf, so geht der Prozeß meist trotzdem weiter und das Tiefenwachstum tritt zu derselben Zeit wie bei ununterbrochener Teerbehandlung auf.

Hieraus schließen wir erstens: das Auftreten der genannten Hautveränderungen ist eine offenbar gesetzmäßige Reaktion auf die chronische Teerzufuhr, und zweitens: im Stadium der Epithelhypertrophie ist in den scheinbar benignen Eigenschaften des Epithels eine irreversible Veränderung eingetreten, die sich vor allem in dem pathologischen Tiefenwachstum äußert.

Neben diesen lokalen Veränderungen der Haut lassen sich bei solchen Tieren unter der chronischen Teerzufuhr u. a. folgende Allgemeinschädigungen des Organismus nachweisen: es tritt regelmäßig, schon in den ersten Tagen, eine Leukozytose im Blut, und von seiten der Nieren Ausscheidung von Eiweiß, roten Blutkörperchen und in einigen Fällen von Zylindern auf. Bei der Sektion zeigen die Nieren das Bild einer toxischen Nephrose. Die Teerwirkung ist also nicht nur auf die zirkumskripte, vom Teer bedeckte Stelle der Epidermis beschränkt, sondern wirksame, eventuell bei der Passage umgebaute Teilfraktionen des Teers werden ins Blut aufgenommen und durch die Nieren ausgeschieden. Ihre Wirkung macht sich auf dem ganzen Wege des Teers, von seiner Eintrittspforte in

[1]) Dieser Durchschnitt gilt für die im Winter 1921 eingestellten Tiere. Bei den seither benutzten weißen Mäusen, die nach Kopf und Rumpfform von den früheren deutlich unterschieden sind, treten die Hautveränderungen wohl in ähnlichem, zeitlichem Bestand zueinander, nur durchweg verspätet auf.

Digitized by Google

den Organismus bis zu seiner schließlichen Ausscheidung durch die Nieren offenbar in spezifischen Veränderungen der von ihm passierten, verschieden strukturierten Gewebssysteme bemerkbar.

Abgesehen von den eben erwähnten Allgemeinwirkungen wurde vor allem die Wirkung des Teers auf das an seine Eintrittspforte grenzende Bindegewebe untersucht. An ihm ließen sich zwei verschiedene Reaktionstypen unterscheiden, die zeitlich dem anfänglichen Stadium des Höhenwachstums und dem späteren Stadium des Tiefenwachstums des Epithels entsprechen. Im ersten Stadium ist das Bindegewebe aufgelockert, seine Grundsubstanz und seine Fasern erscheinen gequollen, die normal spärlichen Mastzellen nehmen, besonders an der Grenze zum Epithel, stark an Zahl zu und gleichzeitig tritt hier eine Zunahme der elastischen Fasern auf. Im Stadium des Tiefenwachstums und der Ausbreitung des Karzinoms im Bindegewebe schwinden diese Veränderungen allmählich vollständig, und zwar zuerst die elastischen Fasern und später, mit der Entquellung des Bindegewebes, die Mastzellen. Speziell die elastischen Fasern lassen sich schließlich nur noch in der Wand der Kapillaren nachweisen.

Bei dieser willkürlichen Gliederung der morphologischen Veränderungen bei der Krebsbildung tritt die verschiedene Reaktionsweise des Epithels und des Bindegewebes auf die Teerzufuhr besonders deutlich hervor. Das Epithel reagiert in unserem ersten Stadium, unter scheinbarer Beibehaltung seines physiologischen Wachstumstypus, durch ein gesteigertes Höhenwachstum. Im zweiten Stadium ist dieser Wachstumstypus aber offensichtlich grundsätzlich abgeändert: das Höhenwachstum geht zwar noch weiter, aber gleichzeitig tritt das pathologische Tiefenwachstum auf.

Ebenso wesentlich verschieden sind die Veränderungen des Bindegewebes im ersten und zweiten Stadium. Die Quellung seiner Fasern, die starke Zunahme der Mastzellen und der elastischen Fasern dauert nur solange an, als die scharfe Grenze zwischen Epithel und Bindegewebe erhalten ist. Bis dahin stehen die Veränderungen in beiden Geweben offenbar unter dem direkten Einfluß der Teerwirkung, erscheinen also koordiniert.

Sobald aber das Tiefenwachstum beginnt und das Epithel in anfangs schmalen Zügen die besonders stark veränderte subepitheliale Grenzschicht des Bindegewebes durchbrochen hat, wird die, wie wir annehmen, vom Teer bedingte Bindegewebsreaktion von dem pathologisch wuchernden Epithel durch seine eigenen, neu erworbenen Eigenschaften allmählich völlig aufgehoben, und die während des ersten Stadiums in ihm aufgetretenen Veränderungen vernichtet. Das ortsfremde Epithel breitet sich nunmehr, wie nach Durchbrechung einer schwer überwundenen Schranke, ungehemmt in großen zusammenhängenden Massen im Bindegewebe aus.

Die ganze Zustandsänderung des Bindegewebes im ersten Stadium, als deren formale Erscheinung von uns die Zunahme der elastischen Fasern und der Mastzellen angesehen wird, geht dabei allmählich unter Schwinden ihrer morphologisch nachweisbaren Symptome zurück und wird von einem neuen Zustand des Bindegewebes ersetzt. Dieser Prozeß er-

Digitized by Google

folgt nun offenbar nicht mehr unter der Wirkung des Teers, sondern allem Anschein nach unter der direkten Wirkung des pathologisch wuchernden Epithels, d. h. des „Karzinoms".

Daß es sich bei der Bindegewebsveränderung im ersten Stadium nicht um eine durch die Epithelveränderung bedingte sekundäre, sondern um eine primäre Reaktion handelt, die als koordinierte Teilerscheinung der Teerwirkung auf den Organismus aufzufassen ist, geht weiter aus folgendem hervor: Die Eigenschaften jedes Stoffes — in diesem Falle des Protoplasmas — sind Funktionen seiner physikalischen und chemischen Struktur. So müssen sich z. B. die Zellen des Epithels, die andere Eigenschaften als die Bindegewebszellen haben, durch eine ganz bestimmte chemische und physikalische Struktur ihres Protoplasmas von den Zellen des Bindegewebes unterscheiden. Auf die Zufuhr eines und desselben gewebsfremden Faktors, z. B. der wirksamen Teerfraktion, muß jedes dieser zwei verschieden zusammengesetzten, protoplasmatischen Systeme mit spezifischen und voneinander abweichenden Veränderungen seiner Struktur und damit seiner Eigenschaften reagieren. Unter den veränderten Bedingungen der äußeren Umgebung, die infolge der wirksamen Teerfraktion zustande kommen, tritt dann am Epithel die Wachstumssteigerung und am Bindegewebe die erwähnte Zustandsveränderung auf, deren biologische Eigenschaften an späterer Stelle besprochen sind.

Der Teer ist nun offenbar nur ein Vertreter aus der großen Reihe chemisch oder physikalisch-chemisch an den Geweben gleich wirksamer Faktoren. Diese Annahme konnten wir dadurch stützen, daß es uns gelang — soweit hierfür unsere histologischen Kontrollmethoden zuständig sind — offenbar gleichsinnige Veränderungen am Bindegewebe durch Zufuhr anderer chemisch oder physikalisch-chemisch gut definierter Faktoren zu erzielen; und zwar erstens durch chronische subkutane Zufuhr von Arsen, und zweitens durch einmalige intensive Röntgenbestrahlung.

Auf Grund neuerer histologischer Untersuchungen über die Histogenese des Bindegewebes, über die ich a. a. O. berichtet habe[1]), besteht die Auffassung, daß die kollagenen und die elastischen Fasern des Bindegewebes keine Bildungen sui generis, sondern das Resultat reversibler „Imprägnierungen" indifferenter Fasern mit Kollagen oder Elastin sind.

Nach unseren Befunden tritt im ersten Stadium der Teerkrebsbildung im Bindegewebe eine Quellung seiner Fasern und seiner Grundsubstanz, starke Zunahme der elastischen Fasern und Mastzellen ein. Durch die vergleichende Messung der normalen und der hier veränderten Bindegewebsschicht ließ sich feststellen, daß die gesamte Masse des Bindegewebes hierbei keine Abnahme, eher eine Zunahme seiner Schichtdicke erfahren hat. Eine durch Schrumpfung des Bindegewebes vorgetäuschte Zunahme vor allem der elastischen Fasern und der Mastzellen war auch aus diesem Grunde auszuschließen. Vielmehr mußten die gesamten formalen Veränderungen durch eine Zustandsänderung des Bindegewebes bedingt sein, die sein gesamtes protoplasmatisches System betroffen hat. Durch diese Zustandsänderung werden offenbar die Bindegewebsfasern an ihren Oberflächen so verändert, daß in den Geweben zirkulierendes

[1]) R. Bierich, Zschr. f. Krebsforschung, 1921, Bd. 18, H. 3/4.

Digitized by Google

Elastin hier sekundär gebunden wird („Imprägnierung") oder das Elastin tritt als primäres Abbauprodukt der Eiweißkörper ihres Protoplasmas auf, zugleich wandern in die veränderte Grundsubstanz Mastzellen ein.

Unter der chronischen, subkutanen Zufuhr von Arsen treten nun, ebenso im Laufe von mehreren Monaten, „dieselben" Veränderungen im Bindegewebe auf und schließlich wurde das gleiche Resultat durch eine intensive, einmalige Röntgenbestrahlung der Haut erhalten[1]). Da nun unter der Röntgenstrahlenwirkung „dieselben" Veränderungen im Bindegewebe nicht im Laufe von Monaten, sondern in wenigen Minuten auftreten und dabei weder unter ihrer Einwirkung, noch unter der des Arsens am Epithel eine Krebsbildung erzielt wurde, konnte eine spezifische Abhängigkeit der Bindegewebsveränderungen von einer gleichzeitigen Krebsbildung ausgeschlossen werden. Die Veränderungen im Bindegewebe mußten vielmehr dadurch bedingt sein, daß die drei angewandten Faktoren am gleichen Objekt eine offenbar gleiche Wirkung haben, und daß die zeitlich verschieden schnell auftretende Reaktion nur abhängig von der Intensität der zugeführten chemisch oder physikalisch-chemisch wirksamen Energie variiert. Darüber, an welchen Strukturelementen des Protoplasmas diese drei Faktoren angreifen und durch welche Eigenschaften des wirksamen Faktors die definitive Veränderung zustande kommt, läßt sich z. Z. nichts aussagen.

Es ergab sich nun die weitere Frage, ob unter diesen formal nachweisbaren physikalisch-chemischen Veränderungen des Bindegewebes auch seine biologischen Eigenschaften verändert sind und worin diese Veränderungen gegebenenfalls bestehen.

Anhaltspunkte für die Beantwortung dieser Frage ergaben sich aus der vorhin mitgeteilten Beobachtung, daß die unter der Teerwirkung im ersten Stadium auftretenden Veränderungen des Bindegewebes so lange zunehmen, als die normale scharfe Grenze zwischen ihm und dem Epithel erhalten, bzw. nicht durchbrochen ist. Sie nehmen dagegen ab und schwinden schließlich, bis auf die elastischen Fasern in der Wand der feinen Kapillaren, völlig, sobald diese Grenze durchbrochen ist, die epithelialen Zellzüge in das veränderte Bindegewebe eingedrungen sind und sich hier, wie nach Überwindung eines energischen Widerstandes, ungehemmt ausgebreitet haben. Offenbar war also mit der morphologisch nachweisbaren Steigerung der Bindegewebsreaktion auch eine Steigerung seines Widerstandes gegenüber dem vordringenden „Epithel" eingetreten.

Da sich nun dieselbe Veränderung des Bindegewebes, die im ersten Stadium der Teerwirkung auftritt, auch durch Arsen erzielen läßt, wurde sie durch eine mehrwöchige Vorbehandlung der Tiere mit Arsen zuerst nachweislich hervorgerufen und dann, unter fortlaufender Arsenbehandlung, die lokale Teerkrebsbildung nach der üblichen Methode erzielt. Neuerdings wurden beide Methoden von Anfang an gleichzeitig angewandt. Bei der Kombination dieser beiden am Bindegewebe gleichsinnig wirksamen Faktoren konnte eine Steigerung der bei ihrer isolierten Wirkung beobachteten formalen Reaktion erwartet werden. Auf diesem Wege hofften wir aber vor allem die Frage zu beantworten, ob und dann

[1]) R. Bierich, Virch. Arch., 1922, Bd. 239, H. 1.

Digitized by Google

welche Eigenschaften des Bindegewebes verändert sind und, hauptsächlich, ob eine Steigerung des Bindegewebswiderstandes gegenüber dem vordringenden Karzinom nachweisbar ist oder nicht. Solch eine Widerstandserhöhung mußte sich daraus ergeben, daß die Teerkrebsbildung unter der kombinierten Wirkung beider Faktoren verzögert auftrat. Beide Voraussetzungen ließen sich in der Tat experimentell bestätigen. Wie wir eingangs berichteten, tritt unter ausschließlicher Teerwirkung die Krebsbildung durchschnittlich am 131. Tage auf. Unter der kombinierten Wirkung von Arsen und Teer ließ sich dann nachweisen, daß erstens die formale Reaktion des Bindegewebes erheblich gesteigert war, und daß zweitens die Krebsbildung durchschnittlich erst am 188. Tage auftrat. Sie war also zeitlich um nahezu 50% verzögert.

Nach unseren bisherigen Beobachtungen an 32 mit Teer und Arsen behandelten Tieren ließ sich also nachweisen, daß mit der regelmäßigen Strukturänderung des Bindegewebes, die unter der isolierten Wirkung des Teers oder des Arsens festzustellen ist, gleichzeitig eine Änderung seiner Eigenschaften auftritt. Von diesen konnte speziell eine Widerstandserhöhung des Bindegewebes gegenüber dem vordringenden „Krebs" festgestellt werden. Die Wirkung der isolierten Teer- oder Arsenzufuhr zum Bindegewebe läßt sich also dadurch steigern, daß man die Wirkung beider Faktoren kombiniert. Durch diese Widerstandssteigerung des Bindegewebes wird die Krebsbildung in ihrem zeitlichen Auftreten gehemmt.

Aus dem Laboratorium der chemischen Fabrik Imhausen & Co., Witten a. d. Ruhr.

Über Goldhydrosole und die Goldsolreaktion im Liquor cerebrospinalis.

Von

Dr. Werner Prosch.

Mit 3 Kurven im Text.

Seitdem von Quincke die Lumbalpunktion eingeführt worden ist, hat es nicht an Wegen und Methoden zum Studium der Physiologie und Pathologie des Liquors gefehlt. Namentlich haben die Untersuchungen über die Pathologie des Liquors zu bedeutsamen diagnostischen Aufklärungen bei luetischen Affektionen des Zentralnervensystems geführt. Eine sehr wertvolle Bereicherung in der Reihe der entzündlich veränderten liquoranzeigenden Indikatoren entdeckte C. Lange[1]) in dem kolloidal gelösten Gold, das sich als ein außerordentlich empfindliches Hilfsmittel erwies, des Liquors pathologische Veränderungen und deren Ätiologie zu erkennen.

Neben den üblichen Reaktionen des Liquors, wie Nonne-Apelt, Zytodiagnostik usw., verschafft sich die Goldsolreaktion in immer steigendem Maße ihren Eingang. Begünstigt wird diese dauernde Verbreitung durch die außerordentliche Empfindlichkeit der Reaktion, die luetische Erkran-

[1]) B. kl. W., 1912, Nr. 19.

Digitized by Google

kungen schon und noch erkennen läßt, wo durch die WR noch nichts nachweisbar ist, und außerdem luetische Erkrankungen scharf von anderen Erkrankungen des Gehirns und des Rückenmarkes (Meningitis, Tumoren usw.) unterscheiden läßt.

Wenn aber heute die Goldsolreaktion doch noch nicht allgemein den ihr gebührenden Platz inmitten der anderen diagnostischen Mittel einnimmt, so scheint dies hauptsächlich an zwei Gründen zu liegen, einmal an dem Zeitverlust, den Schwierigkeiten und Umständlichkeiten bei der Herstellung der Goldlösung für den Arzt und ferner die Ungenauigkeit oder sogar Wertloswerdung der Methode bei Verwendung von Goldlösung von nicht immer gleicher Beschaffenheit oder nicht geeigneter Zusammensetzung. Um die erste Schwierigkeit zu vermeiden, wurden bekanntlich von G. Emanuel[1]) eine Mastix-Emulsion und von P. Kirchberg[2]) ein Berlinerblauhydrosol verwendet. Der Vorteil der leichteren und schnelleren Herstellbarkeit wird aber durch soviel neue Nachteile erkauft, daß es nicht ratsam erscheint, die genannten Lösungen dem Goldhydrosol vorzuziehen; in der Tat haben sich diese Lösungen ja auch fast gar nicht eingebürgert.

Im folgenden seien, um an der festeren Fundamentierung der Goldsolreaktion mitzuhelfen, einige Versuchsergebnisse über Goldsolreaktionen im allgemeinen und der des Liquors im besonderen mitgeteilt, die auf die Fehlerquellen und sonstige für die Reaktion wichtigen Faktoren aufmerksam machen wollen. Es werden dabei Dinge behandelt werden, die scheinbar mit unserem Hauptthema, der Goldsolreaktion im Liquor, wenig Gemeinsames haben, die in Wirklichkeit aber doch zum Verständnis der Reaktion notwendig sind und die, wie uns versichert wurde, auch in medizinischen Kreisen mit Interesse verfolgt werden dürften.

Die bei der Goldsolreaktion des Liquors wirksamen Stoffe sind, trotz vereinzelter anderer Annahmen, die Eiweißkörper. Wird nun eine ganz geringe Menge einer Eiweißlösung zu einer Goldlösung hinzugegeben, so kann zweierlei eintreten: entweder das Goldsol wird geschützt, d. h. gegen Elektrolyte unempfindlicher gemacht, oder es wird gefällt. Welcher Vorgang nun eintritt, hängt in erster Linie von der Natur der betreffenden Eiweißkörper ab. Ausgehend von diesen zwei Möglichkeiten werden wir

1. Goldsolreaktionen besprechen, wo Kolloide als Schutzstoffe fungieren,
2. solche, wo Kolloide fällend wirken, und
3. wird dann die Reaktion, in der sich beide Vorgänge überlagern, direkt am Liquor angestellt werden.

1. Im Jahre 1897 machten Lottermoser und von Meyer die Beobachtung, daß Eiweiß die Fällung von kolloidem Silber zu hindern vermag. Bei dieser gelegentlichen Beobachtung blieb es, bis Zsigmondy durch Untersuchungen an kolloiden Goldlösungen feststellte, daß es sich hierbei um eine gut charakterisierte allgemeine Eigenschaft vieler lyophiler Kolloide handelte. Er gab genaue Vorschriften zur Anstellung der Versuche[3]) und bestimmte bei einer großen Anzahl von Kolloiden die Menge in Milligramm, die eben nicht mehr ausreicht, den Farbumschlag

[1]) B. kl. W., 1915, Nr. 30. — [2]) Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh., Bd. 57, S. 22. — [3]) Z. analyt. Chem., 1901, Bd. 40, S. 708.

Digitized by Google

von 10 ccm hochroter Goldlösung au_F gegen Violett oder dessen Nuancen zu verhindern, der ohne Kolloidzusatz durch 1 ccm 10 %iger Kochsalzlösung hervorgerufen wird. Diese Menge bezeichnete er als Goldzahl. So fanden R. N. Schultz und Zsigmondy [1]), daß die Goldzahl sehr geeignet ist zur Charakterisierung von Eiweißkörpern und daß sogar chemisch wenig voneinander abweichende Albumine auffällige Unterschiede zeigten. Zuntz [2]), W. Heubner und Jakobs [3]) beobachteten Ähnliches bei anderen Eiweißkörpern. Auch gewisse Zustandsänderungen derselben Kolloidlösung lassen sich mit Hilfe der Goldzahl erkennen und zahlenmäßig festlegen. Es ist hierbei natürlich oberstes Gesetz, daß man den Zustand des Schutzkolloides in bezug auf Konzentration, Alter usw. und die Beschaffenheit der Goldlösung genau kennt. Die Goldzahl kann nämlich, auch wenn man immer Goldsole nach derselben Herstellungsmethode verwendet, mehr oder minder variieren, und das liegt hauptsächlich daran, daß die Lineardimension der Goldteilchen eine verschiedene ist. Im folgenden seien einige Tabellen als Beispiel gebracht. Es soll betont werden, daß die Abhängigkeit der Goldzahl von der Teilchengröße alle von uns untersuchten Schutzkolloide zeigten, und daß es statthaft ist, die an einem Kolloid gesammelten Erfahrungen auf ein anderes anzuwenden. Der Sinn und der Grad der Abhängigkeit können ein verschiedener sein, die Abhängigkeit selbst bleibt vorhanden.

Goldzahlen [4]) von:

	Kasein			Ei-Albumin		
Durchmesser der Goldteilchen in μμ	10,5	ca. 20	28	10,5	ca. 20	28
mg Kolloid (Goldzahl)	0,01	0,028	0,056	0,2	0,35	0,65

Natriumlaurinat (0,1 normal)

Durchm. der Goldt. in μμ	13,5	15,1	16,0	17,0	17,3	18,6	21,2
mg Kolloid	3,12	3,35	3,57	3,8	4,0	5,1	8,2

Natriumoleat

Durchm. der Goldt. in μμ	14	17	24,6
mg Kolloid	0,0304	9,06	0,62

Daß nicht nur die Lineardimension der Goldteilchen, sondern auch die Konzentration des Schutzkolloides die Schutzwirkung beeinflußt, geht aus folgenden Tabellen hervor:

Goldzahlen von

Na-Laurinat		Na-Oleat		Na-Myristat	
Konz. in %	Goldzahl	Konz. in %	Goldzahl	Konz. in %	Goldzahl
6,6	2,31	4,33	0,0097	1,0	0,98
5,28	2,38	2,6	0,0102	0,9	1,1
4,22	2,53	1,72	0,0104	0,6	1,4
3,38	2,70	0,87	0,0125	0,3	1,5
2,70	3,34	0,087	0,0238		
2,16	3,90				
1,08	4,50				

[1]) Hofmeisters Beitr. z. chem. Physiol. u. Pathol., 1902, Bd. 3. — [2]) Arch. internat. de Physiol., 1904, Bd. 1, S. 427. — [3]) Biochem. Zschr., 1913, Bd. 58, S. 352. — [4]) Die Versuche, die über Seifenlösungen hier mitgeteilt sind, wurden von uns im anorganischen Institut der Universität Göttingen (Dir.: Prof. R. Zsigmondy) angestellt.

Digitized by Google

Dies gilt nicht nur für die hier als Beispiel verwendeten Seifen, sondern ebensogut für Eiweißstoffe und andere Kolloide Der Dispersitätsgrad der Schutzkolloide ist eben für jede Konzentration ein bestimmter, außerdem ändert sich bei einer Anzahl von Kolloiden das zwischen dem kolloid und kristalloid gelösten Anteil bestehende Gleichgewicht, weshalb eine Abhängigkeit der Schutzwirkung von der Konzentration a priori zu erwarten ist.

Daß auch das Alter der Kolloidlösungen sowie größere Temperaturdifferenzen von Bedeutung sind, sei der Vollständigkeit halber erwähnt, um Kürze zu üben jedoch nicht zahlenmäßig gebracht.

Noch eine wichtigere Beobachtung möge hier genannt und erörtert werden, weil sie für die später zu besprechende Liquorreaktion von besonderer Bedeutung ist (vgl. Verdünnungsprozeß beim Liquor). Wenn eine Lösung weiter verdünnt wird, so stellen sich, wie nachfolgende Tabelle zeigt, die Kolloidpartikelchen nicht momentan mit ihrer Zahl, Zusammensetzung usw. auf die neue Verdünnung ein, sondern fordern eine gewisse Zeit (bei einigen Kolloiden darf diese Einstellung durch Erwärmen beschleunigt werden). Na-Laurinat-Lösungen von 2,5 %, 1,5 % und 0,5 % wurden auf 0,1 % verdünnt, und zwar so, daß bestimmte Mengen mit der berechneten Menge Wasser für einen kurzen Augenblick kräftig durchgeschüttelt wurden. Dann wurde sofort die Schutzwirkung untersucht. und siehe die der verdünnten Lösung waren noch dieselben wie die ihrer Stammlösungen.

Konzentration	Schutzzahlen
0,1 % entstanden aus 2,5 %	2,25
2,5 %	2,12
0,1 % entstanden aus 1,5 %	2,73
1,5 %	2,70
0,1 % entstanden aus 0,5 %	3,14
0,5 %	3,13

Erst nachdem die Lösungen (die 0,1 %) eine kurze Zeit sich selbst überlassen waren, rückten ihre Goldzahlwerte von denen ihrer Stammlösungen ab und erreichten einen für ihre Konzentration charakteristischen Wert 4,7.

Das bisher Geschilderte möge genügen, um zu zeigen, in welcher Weise und durch welche Faktoren die schützende Wirkung von Kolloiden beeinflußt wird. Deshalb ist dies auch von großer Bedeutung für die Liquorreaktion, bei der ja auch die Schutzwirkung der eine der beiden sich antagonistisch gegenüberstehenden Vorgänge ist, auch wenn nicht immer extra bei allen Ergebnissen auf die Bedeutung für die Liquorreaktion hingewiesen ist, da uns dies klar herauslesbar schien. Daß nämlich auch eine Schutzwirkung bei der Liquorreaktion mitwirkt, beweist die Tatsache, daß in gewissen Konzentrationen, wo keine Fällung eintritt, erst eine größere Menge hinzugesetzter Elektrolyte eine Fällung bewirkt wie bei reinem Gold.

2. Zum zweiten Punkt, den Fällungserscheinungen, ist im wesentlichen genau dasselbe zu sagen wie zu den vorher besprochenen Erscheinungen der Schutzwirkung. Wie schon bekannt ist, hängt die Menge Elektrolyt, die gerade ausreicht, um ein Goldhydrosol zu fällen, stark von

Digitized by Google

dessen Beschaffenheit, besonders von seinem Dispersitätsgrad ab. Dieselbe Erscheinung tritt auch bei der Fällung durch Kolloide ein. Auch von den Eiweißkörpern ist ja eine Reihe befähigt, Goldhydrosole, die ja meistens ganz schwach alkalisch sind, zu fällen. Von einer untersuchten Albumose mußte, um ein Goldsol zu fällen, dessen Teilchen eine um die Hälfte kleinere Lineardimension besaßen, eine dreimal größere Menge verwandt werden; ähnliches geben andere fällend wirkende Eiweißkörper zu erkennen. Aber auch bei solchen Lösungen, die bei den üblichen Goldlösungen keine Koagulation auslösen, kann gezeigt werden, in welchem Maße die Teilchengröße des Goldes für die Fällungswerte ausschlaggebend ist, wenn man mit ganz schwachsauren Goldhydrosolen arbeitet, denn dann bewirken fast alle Eiweißlösungen Umschlag. Man kann diese Wirkung sehr elegant messend verfolgen durch die Bestimmung der sog. Umschlagzahlen (U-Zahl), worunter Zsigmondy[1]) die Anzahl Milligramm einer Substanz bezeichnet, die in 10 ccm der sauren Goldlösung Au_{FS} einen Farbenumschlag von rot nach violett erzeugt.

Es seien als Beispiele die Bestimmungen an einigen Eiweißlösungen angeführt:

Kasein

Durchm. der Goldt. in μμ	etwa 10	etwa 18	etwa 24	etwa 30[2])
U-Zahl (mg Substanz) . .	0,0028	0,0026	0,0016	0,0020

Pepton

Durchm. der Goldt. in μμ	etwa 10	etwa 18	etwa 24	etwa 30
U-Zahl (mg Substanz) . .	0,0010	0,0008	0,0006	0,0004

3. Wenn nun die Goldsolreaktion im Liquor selbst an Hand einiger Versuche vorgeführt werden soll, so werden die Ergebnisse uns, durch die Betrachtung von 1. und 2. mit Kenntnissen bereichert, nicht in Erstaunen setzen, und es wird von vornherein einleuchten und klar sein, wie es kommt, daß mit einer Goldlösung überhaupt keine, mit einer anderen eine sehr verschwommene und noch mit einer anderen eine, zu diagnostischen Schlüssen berechtigende Reaktion eintritt.

Es erscheint unnötig, auf die Grundlagen und die Technik der von C. Lange ausprobierten und später nicht sehr wesentlich verbesserten und abgeänderten Reaktion einzugehen, da dies heute allgemein bekannt ist; auch liegt es nicht in der Aufgabe dieser Zeilen, auf die ganzen oder auch die wichtigsten in der Literatur erschienenen Arbeiten über die Goldsolreaktion einzugehen. In der dermatologischen Abteilung der städtischen Krankenanstalten Essen wird z. Z. unter Leitung von Prof. Bering die Goldsolreaktion mit der von uns als günstig ermittelten bestimmten Goldlösung in größeren Versuchsreihen systematisch angewandt. In aller Kürze wird von dort aus hierüber eingehender berichtet werden können.

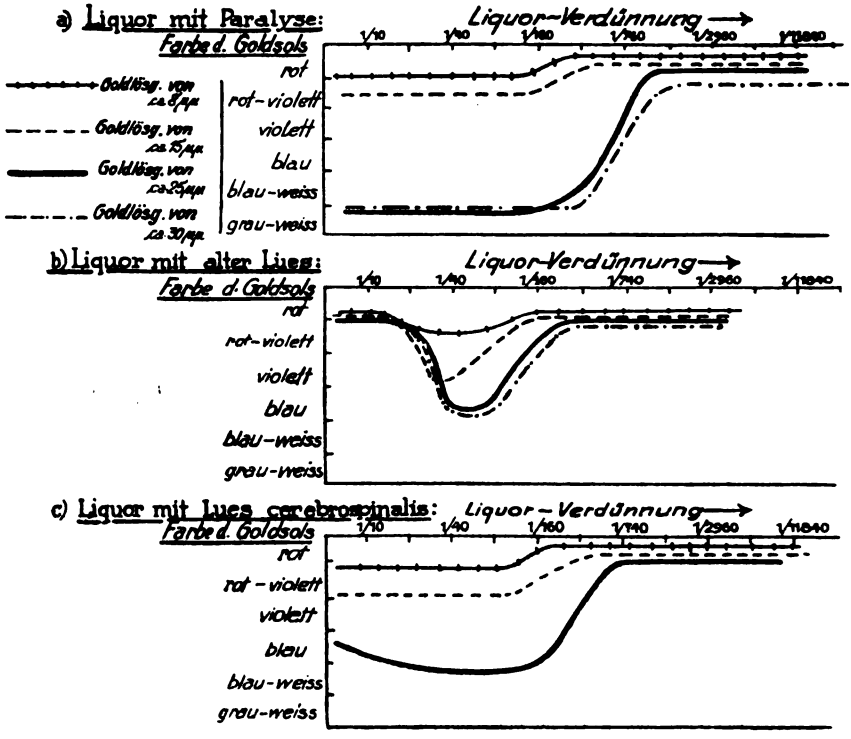
Es soll deshalb auch hier nicht durch Aufzählen zahlreicher Beispiele diesen Veröffentlichungen vorgegriffen werden, sondern nur an Hand von ganz wenigen Liquoren gezeigt werden, welche Faktoren einer besonderen

[1]) Zsigmondy, Göttinger Nachr., 1916, H. 2, S. 177. — [2]) Es sind hier nur die ungefähren Durchmesser der Goldteilchen angegeben, da das für den Zweck genügte.

Digitized by Google

Berücksichtigung bedürfen. Es wurden Goldlösungen der üblichen Konzentration (0,01 %) mit verschiedener Größe der Einzelteilchen verwendet. Einer besonderen Hervorhebung, daß bei allen Operationen sorgsame Exaktheit herrschen muß und besonders alle verwendeten Gläser und Pipetten möglichst fettfrei, mit destilliertem Wasser (nicht etwa Kochsalzlösung) durchgespült und gut getrocknet sein müssen, bedarf es nicht.

Die Kurven zeigen in überzeugender Weise, wie es kommen kann, daß manchmal überhaupt keine Reaktion eintritt, obwohl alle klinischen Symptome das erwarten lassen, ein andermal dagegen brauchbare Kurven entstehen. Es gibt eben eine Goldlösung, die als optimale bezeichnet



Kurve 1—3.

werden kann, die sich für den Liquor am reaktionskräftigsten erweist. Ihre Teilchen besitzen eine ungefähre Lineardimension von 25 µµ; noch gröbere Sole, die ja auch reagieren, zu verwenden, erscheint nicht ratsam, weil die Farbe dieser selbst schon einen Stich ins Violette aufweist. Es ist nun aber nicht nur erforderlich, Goldlösungen vom genannten Dispersitätsgrad zu verwenden, sondern auch der Elektrolytgehalt und die OH-Ionenkonzentration des Hydrosols müssen ein richtiges Maß haben, sonst erhält man auch Kurven, die von den normalen erheblich abweichen; außerdem aber soll das Hydrosol nicht nur dem einfachen Anspruch genügen, daß die mittlere Lineardimension, die sich ja immer nur feststellen läßt, die genannte Größe hat, sondern daß die Einzelteilchen eine

Digitized by Google

in möglichst engen Grenzen schwankende gleiche Größe haben. Ist dies nicht der Fall, so geschieht es, daß bei der Fällung die gröberen Teilchen schon koagulieren, während die feineren noch unverändert sind, und dies gibt zur Bildung von Mischfarben Anlaß, die die Diagnose aus den Kurvenbildern behindern oder unmöglich machen kann.

Wenn die hier angestellten Betrachtungen beeachtet werden, dürften wesentliche Hindernisse, die die Anwendung der Goldsolreaktion im Liquor stören, beseitigt sein..

Herrn Professor Dr. Bering in Essen danken wir auch an dieser Stelle nochmals für das lebhafte Interesse an diesen Untersuchungen und die praktische Unterstützung, die er uns jederzeit freundlichst gewährt hat.

Versammlungen.

Nordwestdeutsche Dermatologen-Vereinigung.

Hannover, 26. März 1922.

Vorsitzende: Stümpke, Halle. Schriftführer: Buchholz.

Riecke-Göttingen demonstriert: 1. Ein 9jähr. Mädchen mit **Ringelhaaren**; die abwechselnd dunkel und hell erscheinenden Haare weisen gleiches Volumen in ihrem ganzen Verlaufe auf; mikroskopisch ist eine zylinderförmige Luftansammlung an den dunklen Haarpartien bei auffallendem Lichte festzustellen. R. erörtert die Theorien des Zustandekommens dieser Haaranomalie, die in der Annahme eines stark erhöhten Tonus im vegetativen Nervensystem und einer abnormen Sekretion der Hoden (Hoepke) ihren Ausdruck finden.

2. Ein 8jähr. Mädchen mit einer **scheinbaren intermittierenden Verdünnung im Verlauf des Haarschaftes am langen Kopfhaar.** Genauere Untersuchung ergibt ein Zustandekommen solcher Volumendifferenzen durch eine stellenweise auftretende longitudinale Drehung des Haarschaftes um 180°. Die von oben her gesehene Kante läßt dann das Haar makroskopisch und mikroskopisch daselbst verdünnt erscheinen; es wird im ganzen ein spindelähnliches Aussehen der Haare hervorgerufen, das aber nicht dazu verleiten darf, an Pili monileformes zu denken. Es handelt sich vielmehr um die bekannte Veränderung bandförmiger Haarschäfte, für die, da bisher kein Name vorhanden zu sein scheint, R. die Bezeichnung Trichokinesis vorschlägt.

3. Einen 52jähr. Bahnbeamten, welcher, namentlich im Bereich der linken oberen Extremität, eine scheckige Verfärbung der Haut aufweist: Bräunliche Pigmentierung, untermischt mit rötlichen Partien und weißlichen Sprenkelungen. Im Bereich des Handrückens und der Dorsa der Finger alabasterglänzende, teils diskrete, teils diffuse Einlagerungen, derb, ohne Auflagerungen. Am Handrücken erweiterte durchscheinende Venen, Haut verdünnt. Am Vorderarm stellenweise indurierte Hautpartien (Ulnarstreifen), teils normal dicke, aber verfärbte Haut, eingelagerte, vielfach follikulär angeordnete, weißliche und rötliche Flecke. Über dem Olekranon verdünnte Hautpartie, in parallelstreifige Furchen gelegt. Am Oberarm eingelegte, zum Teil deutlich unternivellierte, glänzende Plättchen. Trotz fehlender Anetodermie und trotz mancher, ganz dem Bilde sklerodermieartiger Veränderungen entsprechender Herde muß die Diagnose **auf Dermatitis idiopathica atrophicans progressiva diffusa mit sklerosierenden Herden** gestellt werden.

4. Eine 22jähr. Frau mit einer Hautveränderung der unteren Extremitäten, welche die Gehfähigkeit stark beeinträchtigt. Dazu gesellen sich Ulzerationen am rechten Unterschenkel und Malleolus internus. Haut bräunlich und scheckig verfärbt, hier und da induriert, stark gespannt und an den Stellen stärkster Spannung verdünnt und adhärent. Innen am rechten Knie alabasterglänzende, dicht gedrängt stehende, weißliche Hautplättchen. Über der Crista ossis ilei hört die Affektion mit einer bräunlich-bläulichen Umsäumung auf. Auch hier muß die Diagnose wie bei Fall 3 gestellt werden.

Hartmann-Hannover hat bei obigem bzw. verwandten Leiden nervöse Störungen gefunden im Sinne einer Herabsetzung der Temperaturempfindung.

Digitized by Google

Delbanco-Hamburg fragt an, ob der von Riecke vorgestellte Fall bestrahlt worden sei, was von dem Vortragenden bejaht wird.

Klingmüller-Kiel erwähnt, daß gelegentlich Sklerodermien übergehen können in schlaffe Atrophien. Es gibt selbstverständlich fließende Übergänge zwischen beiden Erkrankungen.

Riecke hält die beiden erwähnten Krankheiten weiter für prinzipiell verschieden, wenn auch eine gewisse Verwandtschaft zuzugeben ist.

Schmitt-Göttingen stellt 1. eine 53jähr. Frau mit **Neurinomatosis** vor, und berichtet über zwei weitere, an der Göttinger Klinik beobachtete Fälle. Nachdem die von Recklinghausen vertretene Ansicht von der fibromatösen Natur der Tumoren jahrzehntelang Geltung hatte, haben neuere, entwicklungsgeschichtliche Forschungen über den Ursprung der Schwannschen Scheiden die Erkenntnis gebracht, daß die Tumoren nicht Abkömmlinge des Mesoderms sind, sondern daß wir sie uns als solche des Ektoderms, und zwar als neurogenes Gewebe vorzustellen haben. Nach Mirowsky besteht Veranlassung, bei der Neurinomatosis das „vitium primae formationis" in das Keimplasma zu verlegen.

2. Zwei Kinder mit **Alopecia areata**, und erörtert die ätiologischen Möglichkeiten.

3. Einen Kranken mit **Makrocheilie**. Die Veränderung an Ober- und Unterlippe begann vor 3 Jahren; unangenehme Sensationen bestehen nicht. Histologisch besteht außer Epithelverdickung nur deutliche Erweiterung der Blut- und Lymphräume, sowie Schwund der elastischen Fasern.

Stümpke-Hannover demonstriert: 1. Eine 37jähr. Frau mit **Boeckschem Sarkoid**, die seit 15 Jahren in Beobachtung steht. Diffuse Infiltrationen an Wangen, Nase und Armen; mikroskopisch große, umschriebene Epitheloidzellen-Komplexe, nicht eigentlicher Tuberkel. Behandlung, auch Lichttherapie erfolglos. (Vgl. M. Kl., 1920, Nr. 7.)

2. Einen 32jähr. Schuhmacher mit bis erbsengroßen, dicht stehenden Knötchen im Gesicht, von weißer Hautfarbe, dazwischen zahlreiche, diffuse Narbenstränge und auch anderweitige sekundäre Veränderungen, letztere durch häufige Röntgenbestrahlungen bedingt. Die Knötchen sind spontan, vor allem im Winter, sehr schmerzhaft; das mikroskopische Bild ergibt die Diagnose: **Dermatomyome**. Vereinzelt sind die erwähnten Knötchen auch an der Grenze zum behaarten Kopf und am Stamm bemerkbar.

3. Einen 22jähr. Kutscher mit **syphilitischem Primäraffekt** an der linken Seite des Hinterkopfes, derselbe ist etwa faustgroß, scharf gegen die gesunde Umgebung abgegrenzt und angeblich durch Biss beim Ringkampf erworben.

4. Einen 40jähr. Pat. mit **Röntgengeschwür** der rechten Hand, das sich allen therapeutischen Maßnahmen gegenüber äußerst hartnäckig verhielt, schließlich auf Fernbestrahlungen mit der kleinen Quarzlampe (10 cm) und Kalium-hypermanganicum-Spülungen in 3 Monaten zur Ausheilung kam.

5. Eine 30jähr. Frau mit **Lupus erythematodes** im Gesicht und auf dem behaarten Kopf lokalisiert, sehr günstig durch Kompressionsbestrahlungen mit der Quarzlampe beeinflußt.

6. Eine 62jähr. Pat. mit schweren **Zerstörungen des Gesichts**, vor allem der Nase, bei der ursprünglich tertiäre Lues angenommen war, später Tuberkulose als wahrscheinlich in Betracht gezogen wurde. Der Fall ist hauptsächlich mit Röntgenstrahlen mit mittleren Dosen behandelt worden; vordem auch spezifisch.

7. Einen 40jähr. Kranken, der vor 2 Jahren wegen **Dermatitis herpetiformis** behandelt war, zur Zeit keine frischen Symptome mehr bietet, sondern Pigmentierungen und Narben.

8. Mehrere **Lupusfälle**, in kombinierter Weise behandelt, teils Pyrogallol-Röntgen, teils Quarzlampen-Kompressionsbestrahlungen, teils Höhensonnen-Allgemeinbestrahlungen, darunter auch ein Fall von **Lupuskarzinom** bei einer 43jähr. Frau, das teils exzidiert, teils durch Röntgenstrahlen zur Rückbildung gebracht war.

Halle-Hannover demonstriert einen Fall von **Lichen planus circinatus** am Penis.

Hahn-Bremen empfiehlt 5%igen Pyrogallol-Spiritus.

Halle-Hannover demonstriert 3 Fälle von **Lupus erythematodes** und empfiehlt Kohlensäureschneebehandlung; im 3. Falle hat er mit Erfolg Chinin innerlich und äußerlich Tinctura benzoes gegeben.

Stümpke hat gelegentlich Reizungen nach Kohlensäureschnee gesehen.

Delbanco schlägt Röntgen vor.

Stümpke-Hannover über **Afenil zur Verhütung gewisser Salvarsanschäden**. Es wird empfohlen zur Beseitigung subjektiver Beschwerden, zur Herabsetzung von

Digitized by Google

Temperaturerhöhungen und zur Vermeidung von Hauterscheinungen (Urtikaria, Erythema, Dermatitis, Erythrodermie).

Rohrbach-Bremen weist auf die Arbeiten von Scholtz hin, die Giftigkeit des Salvarsans durch Traubenzuckerlösungen herabzusetzen.

Strümpke demonstriert 1. **vier Fälle bullöser Erkrankungen.** Zunächst einen 53jähr. Maschinenführer, seit 1911 erkrankt; es handelt sich um nußgroße Blasen, die häufig auf nicht entzündeter Grundlage aufschießen, und besonders an der linken Halsseite, Schulter, Genitalgegend und Leistenbeuge sich finden. Jahrelang ist Pat. frei von Erscheinungen, die dann immer wieder an den genannten Prädilektionsstellen auftreten. Es besteht Eosinophilie des Blaseninhalts, keine wesentliche des Blutes. Blut- und Blasenkulturbefunde negativ. In früheren Jahren war Salvarsan von Erfolg, dagegen jetzt Besserung durch Normosal-Injektionen.

2. Einen 15jähr. Lehrling mit seit November 1921 bestehenden Blaseneruptionen am ganzen Körper, ohne besondere Prädilektionsstellen. Zum Unterschied gegen den vorigen Fall sind die Blasen kleiner und schießen auf nicht entzündeter Haut auf, weiter zunächst als gerötete Flecken, dabei vielfach in serpiginöser Anordnung, so daß landkartenartige Bilder entstehen. Auch hier keine ausgesprochene Eosinophilie des Blutes, wohl aber des Blaseninhalts. Auch hier hat Normosal relativ gut gewirkt, Afenil war in beiden Fällen ohne Nutzen.

3. Ein 61jähr. Arbeiter, seit 2 Jahren zunächst unter dem Bilde der **Dermatitis herpetiformis** verlaufend, stellt sich zur Zeit als reines Ekzem dar.

4. Ein 28jähr. Pat., der typische Erscheinungen der **Dermatitis herpetiformis darbietet**; größtenteils eingetrocknete Bläschen, daneben Quaddeln und Kratzeffekte an den Schultern, Gesäßbacken, mittleren Rückenpartien, Streckseiten der Arme, Hüften und Unterextremitäten.

Juliusberg-Braunschweig empfiehlt für **Pemphigus** intravenöse Injektionen von Chinin.

Strümpke macht darauf aufmerksam, daß Fälle beobachtet sind, in denen sich **Pemphigus** entwickelt im Anschluß an örtliche Infektion; so wurden von ihm während der Kriegszeit 3 schwere Fälle gesehen, die im Anschluß an Verletzungen der Finger sich ausbreiteten, so daß offenbar eine Art von Primäraffekt vorlag; einer dieser Fälle kam zum Exitus (Arch. f. Derm., 1918).

5. Einen Fall von Ekzem bei einem 16jähr. Knaben mit **Dystrophia adiposogenitalis.**

6. Mehrere Fälle von **Syphilis**, darunter **Syphilis corymbiformis** bei einem 30jähr. Mann, **Syphilis maligna** bei einer 21jähr. Putzmacherin, einen **Primäraffekt** an der linken Brust bei einer 18jähr. Arbeiterin, einen **Primäraffekt** der Oberlippe bei einer 18jähr. Arbeiterin. Ferner ein **Leukoderma** an Hals und Brust bei einer 20jähr. Pat., einen **Primäraffekt** der linken Hand bei einer 27jähr. Hebammenschülerin, wahrscheinlich beruflich zugezogen, und endlich eine **Lues congenita** bei einer 19jähr. Haustochter, mit Perforationen des Gaumens, Defekten der Nase, und ulzerösen, fast die ganze linke Brustseite einnehmenden Prozessen, jetzt größtenteils narbig ausgeheilt.

7. **Mollusca contagiosa** bei einem 25jähr. Arbeiter, verbreitet über den größten Teil des Abdomens.

8. Einen Fall von **Syphilis cerebrospinalis** mit positivem Liquorbefund, augen- und nervenärztlich genau untersucht, bei dem die Möglichkeit einer Superinfektion vorlag; bei diesem waren einige Wochen vorher von einem Facharzt in einem Ulkus am Genitale mittels Tuscheverfahrens angeblich einwandfreie Spirochäten festgestellt.

9. Einen 37jähr. Kaufmann mit großen **geschwürigen Prozessen**, die zum Teil ausgeheilt sind, in der rechten Leistenbeuge und am Genitale. Dieselben haben zu großen Defekten geführt, so daß ein großer Teil des Penis zerstört ist. An der Innenfläche beider Oberschenkel mehrere Fistelbildungen, offenbar Urinfisteln. Die Affektion besteht seit 2 Jahren, wurde zunächst von einem Facharzt als Lues, später von einem Chirurgen operiert, ohne durchgreifenden Erfolg. Oktober 1921 Aufnahme im Krankenhaus. Hier schwankte die Diagnose zwischen Lues und Ulcus molle serpiginosum, WR. negativ. Auf Jodkali, das wegen Unverträglichkeit bald abgesetzt werden mußte, kein nennenswerter Erfolg, häufig geröntgt, Höhensonne, Proteinkörpertherapie; zwischendurch Mischinfektion mit Diphtherie. Letztere unter Serumbehandlung abgeheilt.

Klingmüller, Riecke und Delbanco erwägen die Möglichkeit einer Pilzerkrankung.

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

The British Journal of Dermatology and Syphilis.

Juni 1922.

Klinische und histologische Studien über die pathologischen Veränderungen in den elastischen Geweben der Haut — Clinical and Histological Studies on the Pathological Changes in the Elastic Tissues of the Skin, von A. Kissmayer und Carl With-Kopenhagen. S. 175—194. In diesem ersten Teile der Arbeit werden nach einleitenden Bemerkungen über die bisherigen bezüglichen Forschungen besprochen: 1. die Degeneration neu gebildeten elastischen Gewebes in Narben (traumatischen und nach Granulationsprozessen), 2. in Transplantationsherden, 3. in Granulationsgeweben (Fortsetzung folgt).

Syphilis des Hodens, auf den Nebenhoden beschränkt — Syphilis of the Testicle Confined to the Epididymis, von A. Reith Fraser-Kapstadt. S. 195—200. Patient, 51 Jahre alt, hat im Jahre 1892 Blennorrhoe durchgemacht und im Jahre 1904 sich Syphilis zugezogen, die mit energischen Kuren behandelt wurde. Mehrmalige WR (1910—12) waren negativ, worauf er (1913) heiratete und ein gesundes Kind (1920) bekam. 1921 war WR wieder positiv und einige Monate später, nach zeitweise auftretenden Schmerzgefühlen im linken Hoden, der ganze rechte Nebenhoden sehr vergrößert, hart, unelastisch und empfindlich auf Druck, der linke Nebenhoden noch mehr vergrößert (um das Doppelte wie der rechte), außerordentlich schmerzhaft und empfindlich, in der Konsistenz unregelmäßig, ungleich, hart und knotig. Behandlung mit Novarsenobillon (intravenös, innerhalb sechs Wochen 3,075 g) und Quecksilber (-Pillen per os) brachte rasche Besserung, so daß der rechte Nebenhoden nahezu normal wurde, am linken nur noch einige harte Knoten zurückblieben; die Hoden selbst blieben beide normal. Möglicherweise hat die frühere Blennorrhoe als prädisponierendes Moment für die Tätigkeit der Spirochäten gewirkt. Folgende Punkte sind an dem Falle jedenfalls von Interesse: 1. Eine, 18 Jahre nach dem Primäraffekt sich einstellende interstitielle Epididymitis, 2. das zweiseitige Befallensein, 3. auf der einen Seite akute und der anderen chronische Erkrankung, ohne daß Prostata und Samenbläschen ergriffen waren, 4. normaler Zustand beider Hoden, 5. keine weitere Erscheinung aktiver Syphilis und 6. rasche Besserung auf die spezifische Behandlung.

Juli 1922.

Klinische und histologische Studien über die pathologischen Veränderungen in den elastischen Geweben der Haut — Clinical and Histological Studies on the Pathological Changes in the Elastic Tissues of the Skin, von A. Kissmeyer und Carl With (Fortsetzung und Schluß). S. 221—237. In weiteren Kapiteln werden die Histologie des Pseudoxanthoma elasticum und die Gelbfärbung der Haut aus verschiedenen anderen Ursachen (Lymphangioma capillaris xanthelasmoides, pseudo-xanthomatöses Lymphangioma), und eine seltene Hautabnormität, die von With so bezeichnete Dystrophia elastica follicularis thoracis beschrieben, und das Ergebnis der Untersuchungen im folgenden zusammengefaßt. Bei den verschiedenen Formen der elastischen Degeneration zeigte es sich, daß dieselbe teilweise eine quantitative Zunahme an Elastin — wie in den meisten Fällen seniler Veränderung —, und zwar zuweilen in solchem Maße, daß es eine nahezu kompakte Gewebsmasse in den oberen Koriumteilen bildet, und teils Strukturveränderungen der elastischen Fasern aufweist. Gleichzeitig scheint das Elastin größere Neigung zum Brechen zu zeigen, so daß in den speziellen Schnitten relativ viele gebrochene Fasern gesehen werden (Elastorrhexis, Elastoklasis). Eine andere Veränderung, die Bildung amorpher Elastinmassen, welche die Elastinfärbung sehr intensiv annehmen, wird ebenfalls, wenn auch seltener, beobachtet. Die, durch ständigen Einfluß des Wetters lange Zeit hindurch an den exponierten Körperteilen (Gesicht, speziell Stirn, Nacken, Handrücken) vorkommende Gewebsdegeneration wird in erster Linie und meistens bei seniler Veränderung, aber auch bei traumatischen Narben und Transplantations- und Verbrennungs-Narben, ebenso wie nach Granulationsprozessen beobachtet, weil das neugebildete elastische Gewebe weniger fähig ist, den oben erwähnten Faktoren Widerstand zu leisten. Die kleinen Elastome und die elastische Degeneration, die zuweilen bei tuberkulösen und syphilitischen Lupoiden beobachtet werden, müssen als eine weitere Entwicklung

Digitized by Google

des Entartungsprozesses normalen elastischen Gewebes angesehen werden. Eine Unterscheidung zwischen den verschiedenen histologischen Typen elastischer Degeneration vorzunehmen, dünkt Verff. wenig angezeigt, vielmehr schlagen sie folgende ätiologische Einteilung vor: 1. Diffuse senile Degeneration. 2. Präsenile Degeneration, aus neugebildetem elastischem Gewebe in Narben nach Verletzungen, Verbrennungen, Transplantation und nach Granulationsprozessen, welche weniger widerstandsfähig gegen Witterungseinflüsse sind. Zu dieser Gruppe muß auch das Colloid-milium, das nur im Gesicht vorkommt, gezählt werden. 3. Pseudoxanthoma elasticum, eine Affektion, die zweifellos auf hereditärer Basis entsteht und meist an die großen Beugeflächen des Körpers gebunden ist. 4. Die kleinen, zuweilen bei tuberkulösen und syphilitischen Lupoiden beobachteten Elastome, welche wohl auf der Basis eines akuten, durch Entzündung bewirkten Degenerationsprozesses des ursprünglichen elastischen Gewebes entstehen und als weitere Entwicklung der Degeneration elastischen Gewebes, welche mehr weniger ausgeprägt bei chronischen Granulationsprozessen gefunden wird, anzusehen ist. Diese Elastome scheinen aufzutreten, nachdem der Granulationsprozeß aufgehört hat.

Leukonychia striata — Leuconychia Striata, von Knowsley Sibley. Eine 57jähr. Frau, welche 30 Jahre lang mit Psoriasis behaftet war, zeigte ausgesprochen weiße Streifen an den meisten Fingernägeln, speziell den Daumennägeln, wo sechs verschiedene Streifen erkennbar waren. An den Zehennägeln waren keine Streifen vorhanden oder irgend etwas besonderes an den Haaren. Die Großmutter der Patientin hatte ähnliche Nagelstreifen und verschiedene andere Glieder ihrer Familie waren bekannt wegen ihrer eigentümlichen Nägel. Wahrscheinlich sind die weißen Streifen durch unvollständige Verhornung der Nägel, wie sie normalerweise an der Nagelbasis vorkommt, verursacht.

Ein Fall, der die Verbindung der Recklinghausenschen Krankheit mit Veränderung der inneren Sekretion illustriert (A Case Illustrating the Association of von Recklinghausen's Disease with Derangement of Internal Secretion), von Ernst Mallam-Oxford. S. 239—241. Bei dem 8jähr., stark entwickelten Knaben waren die Geschlechtsorgane für sein Alter hochgradig ausgebildet. Er zeigte eine erschreckliche Neigung zu Masturbation. Die Haut wies einen frühen Grad Recklinghausenscher Krankheit auf: Pigmentherde an vielen Körperstellen und eine Anzahl fibröser Stränge, die an Rumpf, Schultern und Lenden deutlich fühlbar waren, aber keinerlei Beschwerden machten. Solche zeigten sich überhaupt nur in häufig auftretenden Kopfschmerzen, auch Müdigkeitsgefühlen. Patient bekam lange Zeit hindurch Schilddrüsenextrakt, doch sein Körpergewicht verminderte sich nicht. Nach einer schweren, mit Orchitis verbundenen Mumps verschwanden merkwürdigerweise fast alle die fibrösen Stränge. Das Röntgenbild zeigte eine wohl entwickelte sella turcica von normaler Größe, M. kam zur Diagnose einer destruktiven Geschwulst der Zirbeldrüse, verbunden mit Recklinghausenscher Krankheit. M. Stern-München.

Česká Dermatologie.

1922, Nr. 10.

Initialsklerose des Augenlides, von J. Deyl-Prag. Bei einer jungen Gravida (5. Monat) entstand am Rande des rechten Oberlides ein Primäraffekt in Gestalt einer roten Quaddel. — Das Besondere des Falles beruht vor allem darin, daß die mächtige sklerotische Schwellung des Lides nicht zerfiel und kein charakteristisches Ulkus ergab, und ferner in dem Umstande, daß die subaurikulären und submaxillären Drüsen nicht geschwollen waren.

Erfahrungen mit der Doldschen Präzipitationsreaktion, von Martin Dzinban-Kaschau. I. Vergleichung der Sachs-Georgischen mit der Wassermannschen Reaktion. Der Verf. verarbeitete 600 aus allen Abteilungen des Kaschauer Spitals stammende Sera genau nach den Angaben Dolds. Es stimmten überein 1 alle drei Reaktionen (W, SG und D) in 557 Fällen (92·83%): 2. W und SG in 565 (94·16%); W und D Spätablesung der Präzipitationsreaktion in 560 (93·3%); 4. SG und D Frühablesung in 540 (90%); 5. SG und D Spätablesung in 589 (98·16%); 6. W und D Frühablesung in 540 Fällen (90%). Die Übereinstimmung fehlte 1. bei allen drei Reaktionen in 43 Fällen (7·16%); 2. bei W und SG in 35 (5·83%); 3. bei W und D Spätablesung in 40 (6·6%); 4. bei SG und D Spätablesung in 11 (1·83%); 5. bei SG

Digitized by Google

und D Frühablesung in 60 (10%) und 6. bei W und D Frühablesung in 60 (10%). — Die DR unterscheidet sich von der SGR nur dadurch, daß die erstere intensiver auftritt. Doch ist es nicht möglich, den serologischen Befund nur auf Grund der Präzipitationsreaktion abzugeben, weil der Wirkungskreis der WR und der Präzipitationsreaktionen ein ungleicher ist. Oft sind letztere positiv, wo WR noch oder schon negativ ist (Primäraffekt; im Laufe der antiluetischen Therapie), oder WR ist positiv und die Präzipitationsreaktionen sind negativ. Beide Arten von Reaktionen sind gleichwertig und ergänzen sich gegenseitig. II. Rasche Syphilisdiagnose. Die Tatsache, daß die Vidalsche Reaktion durch Zentrifugen beschleunigt wird, verwendet der Autor mit der Modifikation, daß er das Antigen 1—2 Stunden im Thermostaten beläßt, dann erst dem Serum zusetzt und zentrifugiert. Bei sicherer Lues trat hierauf schon nach 5—10—15 Minuten Präzipitation auf. War aber das Antigen frisch zubereitet, oder befand sich dasselbe in einer niedrigeren Temperatur, stellte sich die Reaktion viel später ein. Das Antigen ist dasselbe wie das zur SGR und DR verwendete.

Einige weitere Befunde bei Bromoderma, von K. Hübschmann-Prag. Die vom Autor empfohlene Behandlung des Bromo-(Jodo-)derma mit Kalziumchlorat hat sich in Form einer 10%igen Salbe bei zwei Fällen sehr gut bewährt, wobei beide Fälle Brom weiter nahmen. (Rp. Calzii chlorati cryst. puriss. Merck 10; solve in paux. aquae. Eucerini anhydr. orig. Beiersdorf ad 100. Aquae calcis q. s. ut f. ungu. moliss.). Ferner gelang dem Autor der Nachweis, daß die Kalziummenge im Blut vermindert ist. Die Werte schwankten bei Bromoderma zwischen 6·66 mg% und 7·77 mg% gegen 9·48 bis 11·11 mg% bei Kontrollfällen. G. Mühlstein-Prag.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 11. Mai 1922.

A. Tzanck: **Zum Protokoll. Syphilis maligna praecox mit Wismut behandelt** (A propos du procès-verbal. Syphilis maligne précoce traitée par le bismuth). Zu dem in der Sitzung vom 9. Februar vorgestellten Falle wird nachgetragen, daß die Zungenaffektion, von der es zweifelhaft erschien, ob sie auf Rechnung der Behandlung oder der Syphilis zu setzen sei, völlig geschwunden ist.

Cl. Simon: **Vorführung einer Rücklaufkanüle für Mastdarmspülung** (Présentation d'une canule à jet récurrent pour lavages du canal anal). Besonders bei schankrösen Analentzündungen Prostituierter ist die Behandlung schwierig, weil Waschungen zu oberflächlich sind, und Eingüsse in das Rektum gehen, ohne den Analkanal zu reinigen. Dies geschieht in vollendeter Weise durch die Rücklaufkanüle, die in das Rektum eingeführt und zurückgezogen wird, bis sie der Sphinkter festhält.

Cl. Simon: **Vorzeigung eines Röntgenbildes, welches das Bestehen metallischer Depots in der Gesäßgegend mehrere Jahre nach der Einspritzung unbestimmter Substanzen [Jod oder Quecksilber] zeigt** (Présentation d'une radiographie montrant la persistance de dépots métalliques, dans la région fessière plusieurs années après injection de produits indéterminés [iode ou mercure]). Wahrscheinlich handelt es sich um Einspritzungen von Lipiodol; die Schatten werden durch das metallische Jod, nicht durch das Vehikel verursacht.

Rubinstein: **Serodiagnose der Syphilis, Ausflockungsverfahren** (Séro-diagnostic de la syphilis. Procédés de floculation). Auf Grund zahlreicher vergleichender Untersuchungen wird der Schluß gezogen, daß die Sachs-Georgi-Reaktion nicht spezifisch ist, und daß sie ebenso wie die Methode von Meinicke und von Dold nur neben den von der Bordetschen Methode hergeleiteten Proben ausgeführt werden soll. Die Empfindlichkeit ist ungenügend, ihre alleinige Anwendung führt zu Irrtümern.

Cl. Simon: **Normale Spinalflüssigkeit in einem Falle von Pityriasis rosea** (Liquide céphalo-rachidien normal dans un cas de pityriasis rosé de Gibert). Die den normalen Befund ergebende Untersuchung wurde vorgenommen, weil der Pat. nach Untersuchung von anderer Seite sich für syphilitisch hielt. Milian hat mehrfach bei Pityriasis rosea einen speziellen Befund erhoben: ausgesprochene Leukozytose, beträchtliche Polynukleose und Eosinophilie.

Lacapère und Galliot: **Vorläufige Erfolge mit einem intravenös injizierbaren Wismutpräparat** (Présentation d'un composé bismuthique injectable dans les

Digitized by Google

veines. Premiers résultats). Das Präparat, eine Suspension von (nach einem besonderen Verfahren von FOUARD hergestelltem) kolloidalem Wismut zeigte eine ausgezeichnete Wirkung auf die Erscheinungen aller Perioden, die WR wurde in allen Fällen abgeschwächt. Im Gegensatz zu den intramuskulären Einspritzungen der Wismutsalze bleiben die schweren Stomatitiden aus. Bei Salvarsanintoleranz ist es den anderen Wismutpräparaten überlegen; ob es den Salvarsanpräparaten, besonders dem Alt-Salvarsan gleichwertig ist, bedarf noch weiterer Untersuchungen.

BURNIER und REJSEK: **Fall von Granuloma annulare** (Un cas de granulome annulaire). Die in der Gegend des 5. linken Metakarpalknochens und an beiden Unterarmen lokalisierte Krankheit ist bei einem 16jähr. Mädchen seit drei Jahren aufgetreten. Wahrscheinlich liegt Tuberkulose zugrunde. Die Herde an den Unterarmen sind größer als gewöhnlich (4—5 cm Durchmesser), sie glichen sehr einer Trichophytie. Nach einer Probeexzision trat spontanes Schwinden des betreffenden Herdes ein.

BURNIER: **Fall von Lichen planus am Thorax, durch Applikation von Schröpfköpfen hervorgerufen** (Un cas de Lichen plan du thorax provoqué par l'application de ventouses). Annuläre Eruption dem Schröpfkopf entsprechend aus typischen Lichenpapeln zusammengesetzt. Der Kranke glaubte bisher gesund gewesen zu sein, doch zeigten sich typische Erscheinungen im Munde.

E. LÉPINAY: **Erfolge mit Amino-Arseno-Phenol (132) bei Syphilis** (Résultats obtenus dans la syphilis par l'amino-arséno-phénol [132]). Die Einspritzungen können intravenös oder intramuskulär gemacht werden, auch bei letzteren so gut wie keine Beschwerden. Die Wirksamkeit ist bei jeder Form der Anwendung die gleiche wie bei anderen Salvarsanpräparaten, die intramuskuläre Anwendung ist frei von Intoleranzerscheinungen, auch bei Personen, die solche bei anderen Präparaten gezeigt hatten.

E. Levin-Berlin.

Zeitschrift für Urologie.

1922, Bd. 16, H. 6.

Über den Wert der neueren Methoden der Nierenfunktionsdiagnostik für die Chirurgie, von ALFRED RENNER-Breslau. Die Untersuchungsergebnisse beweisen, daß wir in der vergleichenden Prüfung mit der Phloridzinglykosurie der Gefrierpunkt oder Leitfähigkeitsbestimmung der beiden Harne, der Indigkarminprobe in hohem Maße sichere Methoden zur Feststellung, ob überhaupt eine Nierenerkrankung vorliegt, und dann zur Erkennung der kranken oder schwerer kranken Seite haben, in der Bestimmung des Blutgefrierpunktes, der Indigkarminprobe und der AMBARDschen Konstante solche zur ziemlich sicheren Erkennung ausreichender Leistungsfähigkeit der anderen Niere. Den Wert der Funktionsdiagnostik für die Nierenchirurgie sieht der Verf. in der Verbesserung der Diagnostik überhaupt und der damit verbundenen Erleichterung einer folgerichtigen Behandlung.

Übungssonden zur Einführung von Zystoskopen und Urethroskopen, von F. W. OELZE-Leipzig. Der Verf. ließ zu Übungszwecken Sonden herstellen, die genau die Form der endoskopischen Instrumente nachahmen.

Merlusan (Tyrosin-Quecksilber) in der Syphilis und Gonorrhoetherapie, von HERMANN SCHROEDER-Charlottenburg. Die Anwendung des Merlusan bei Syphilis ist bekannt. Verf. hat das Präparat bei chronischer Blennorrhoe, Urethritis posterior mit überraschendem Erfolge angewandt mit Merlusantabletten 0,03, einer alkalischen $^1/_2$%igen Merlusanlösung und Schmelzbougies 1% von 10—18 cm Länge.

W. Chrzelitzer-Waldenburg (Schlesien).

Zeitschrift für urologische Chirurgie.

1922, Bd. 9, H. 3.

Zur Pneumoradiographie des Nierenlagers, von HANS BOENINGHAUS-Halle a/S. S. 51. An Hand von 13 Abbildungen demonstriert Verf. die „Sauerstoffinsufflation" des retroperitonealen Raumes. Es darf nur mit ganz geringem Druck injiziert werden. Die Methode gibt mit der Pyelographie kombiniert, einen guten Aufschluß über die Größe der Nieren, ihre Beschaffenheit, besonders über das Verhältnis von Nierenbecken

Digitized by Google

und Parenchym, sowie über die Lage der Konkremente. Da Verf. einen Fall von Sauerstoffembolie beobachtete, der allerdings bald überwunden wurde, rät er davon ab, die Methode ambulant anzuwenden.

Angeborene Bänder und Klappen in der hinteren Harnröhre, von Alois Glingar-Wien, S. 75. Verf. beobachtete einen 40jähr. Mann, bei dem keinerlei Katheterismus gelang, und bei dem sich bei der Urethroskopie mittels Irrigationsurethroskop am Samenhügel ein am Samenhügel entspringendes, an der oberen Harnröhrenwand ansetzendes breites Band quer durch das Harnröhrenlumen ziehend fand. Eine Erklärung kann Verf. nicht geben, glaubt aber den Ausführungen des Embryologen Fischl-Wien folgen zu können, der die Klappen als durch Wachstumsstörungen, und zwar durch Proliferationen des Epithels der oberen Wand des Sinus urogenitalis mit nachfolgender bindegewebiger Verklebung mit der gegenüberliegenden Wand bedingt erklärt wissen will. Die Therapie ist eine operative, doch rät Verf. zur mehrzeitigen Abtragung, da Young einmal nach Abtragung in einer Sitzung eine länger andauernde Inkontinenz beobachtete.

Beitrag zur Kasuistik der tuberkulösen Erkrankung kongenital abnormer Nieren, von Hans Reil-Dortmund. S. 82. Verf. bringt 2 weitere Fälle von kongenitaler Mißbildung, bei denen sekundär eine tuberkulöse Erkrankung auftrat, eine Komplikation, auf die schon früher von Casper, Heymann, Key und Debrotworski hingewiesen wurde. Im ersten Fall fand man im Urin Tuberkelbazillen. Die Zystoskopie zeigte 2 intakte Uretherenöffnungen, aus denen nach Uretheren-Katheterismus klarer Urin abfloß, außerdem aber eine Stelle, um die herum sich Knötchen fanden. Da eine primäre Harnblasentuberkulose nicht angenommen werden konnte, wurde nochmals zystoskopiert und jetzt versucht, einen Uretherenkatheter in die kranke Stelle einzuführen, was auch überraschenderweise gelang. Der dritte Uretherenkatheter ließ sich 28 cm weit vorschieben, aus ihm tropfte trüber Urin ab, der Tuberkelbazillen enthielt. Nachdem alle 3 Uretheren mit Kathetern versehen waren, wurde je 15—20 ccm Kontrastflüssigkeit einlaufen lassen, und es zeigte sich, daß die kranke linke Niere 2 Uretheren hatte, von denen der eine vom kranken unteren Pol, der zweite zum gesunden oberen Pol kam. Die primäre Blasentuberkulose ist an und für sich schon eine so seltene Krankheit, daß man immer an eine ähnliche Mißbildung denken muß, ehe man sich zu dieser Diagnose bequemen kann.

Über die chirurgische Bedeutung von Doppelbildungen des Nierenbeckens und Harnleiters, von Th. Hryntschack-Wien. S. 87. Verf. leitet das Auftreten des zweiten Urethers aus dem Wolffschen Gange ab und erklärt das Weigert-Mayersche Gesetz, daß die zweite, überzählige Uretherenöffnung stets zwischen den Ductus ejakulatorii und den normalen Uretheren liegen muß. Die pathologische Bedeutung der Mißbildung besteht in der Tatsache, daß diese Mißbildung sehr häufig der Grund einer Erkrankung der Niere ist, und daß sich sehr häufig eine Hydronephrose in der mißgebildeten Seite findet, sei es, daß bei inkompletter Doppelbildung, wenn die beiden Uretheren sich vor der Blase vereinigten, die Peristaltik beider Uretheren nicht die gleiche ist und sich so ein Urether nicht genügend entleeren kann, sei es, daß sich die Mündung des Urethers in der Blase unter einem ungünstigen Winkel oder in ungünstigem Gewebe befindet. Die Zystoradioskopie gibt meist guten Aufschluß, da die Uretherenmündung in solchen Fällen meist inkontinent ist, und so die Kontrastflüssigkeit nach oben steigen kann. Schwerer ist die Diagnose bei den inkompletten Harnleiterdoppelbildungen. Diese werden meist erst nach der Nephrektomie diagnostiziert. Auch der Uretherenkatheterismus kann die Diagnose sichern, wenn der zuerst trübe Urin bei Höherschieben des Uretherenkatheters plötzlich klar wird. Die Sicherstellung der Verdoppelung vor der Operation kann dadurch, daß man reseziert, den gesunden Nierenanteil mit dem gesunden Nierenbecken dem Pat. erhalten. Verf. berichtet über eines 27jähr. Mann, dem der pyonephrotische untere Nierenteil der einen Niere reseziert worden war, und der sich trotzdem sehr schlecht erholte. Eine neuerliche Untersuchung ergab, daß auch die andere Niere pyonephrotisch erkrankt war. Dieser Fall demonstriert besonders deutlich die Bedeutung der richtigen Diagnose und des möglichst sparsamen Operierens im Nierenparenchym. Der vom Verf. beschriebene Fall ist der siebzehnte der Literatur von Resektion eines Nierenanteiles bei Doppelbildung. Verf. glaubt nochmals auf die Zystoradioskopie hinweisen zu müssen, da bei Sacknieren fast immer eine Inkontinenz besteht, die die Diagnose erleichtert.

Über subkutane Zerreißung der Vena cava inferior, zugleich ein Beitrag zur Entstehung der Hydronephrose, von Paul Rosenstein-Berlin. S. 102. Verf.

Digitized by Google

bekam ein 6jähriges Kind, das beim Spielen gegen einen Draht gelaufen war, in Behandlung. Wegen der bald auftretenden heftigen Bauchdeckenspannung wurde an eine Darmverletzung mit folgender Peritonitis gedacht. Bei der Operation fand sich ein 4 cm langer Riß in der Vena cava inferior mit retroperitonealem Hämatom. Die Naht gelang und das Kind erholte sich etwas, als eine neue Komplikation durch Bildung einer Hydronephrose eintrat. Diese wurde inzidiert und nach außen abgeleitet. Zum Schluß machte eine Ösophagusstenose noch eine Witzelsche Magenfistel und eine ständige Dilatation des Ösophagus notwendig. Nachdem sich das Kind erholt hatte, wurde die hydronephrotische Niere exstirpiert, die Magenfistel wieder zum Verschluß gebracht und das Kind nach 7monatl. Krankenhausbehandlung geheilt entlassen. Die über ein Jahr dauernde Beobachtung ergab, daß das Kind innerhalb dieses Jahres über 25 Pfund zugenommen hatte. Verf. glaubt, daß durch die Naht des Venenrisses und die dadurch bedingten Narben der Harnleiter verzogen wurde und es so zur Hydronephrose kam. Die Ösaphagusstenose erklärt Verf. damit, daß er ein durch die Störung des Blutkreislaufes bedingtes trophisches Geschwür im Ösophagus annimmt, das mit einer Stenose ausheilte.

Ein Fall von Leukoplakie des Nierenbeckens, von Ludwig Kraul-Wien. S. 117. Leukoplakie der Schleimhaut wird am häufigsten in der Blase als Folge einer schweren Zystitis beobachtet, in der Urethra ist sie selten, am Nierenbecken noch seltener. Dort bilden sich meist dann kleine spitze Nierensteinchen. Verf. sah bei einem 28jähr. Manne mit jahrelang bestehender Pyurie eine über bohnengroße Leukoplakie über einem großen Abszeß im Parenchym der rechten Niere, die wegen der nachgewiesenen Eiterung exstirpiert worden war. A. Rosenburg-Berlin.

Bücherbesprechungen.

Schönheit, ihre Pflege durch ärztliche Wissenschaft und Kunst, von Grosse-München. (Verlag Keim u. Nemmich, Leipzig u. München 1922.) Verf. hat es mit dem vorliegenden Bericht unternommen, in einer für den Laien verständlichen Form darzulegen, welcher Zusammenhang zwischen den verschiedensten Gebieten der Medizin und einer „kosmetischen Hygiene" besteht. In kurzen skizzenhaften Kapiteln, die in einem frischen und anregenden Stil gehalten sind, schildert er dem Laien, was Schönheit des Lebens — der Wohnung, der Arbeit, des Essens, des Sportes, der Körperpflege usw. — ist und betont eindringlich, welche Auswüchse sich hier finden. Bei der Besprechung der eigentlichen Kosmetik zeigt der Verf. dem Laien in jedem Kapitel, daß er sich nicht von den lauten Reklameanpreisungen des Handels und insbesondere durch die Quacksalbereien von sogenannten Kosmetikern blenden und beeinflussen lassen soll, sondern daß die Pflege des gesunden Körpers in gleichem Maße wie die des kranken eine rein ärztliche Angelegenheit ist. Daher verdient das Buch, das im übrigen auch für den Arzt eine interessante und anregende Lektüre bietet, allein aus dem eben angeführten Grunde von den Ärzten, insbesondere den Dermatologen, empfohlen und verbreitet zu werden. Der Preis ist bei guter Ausstattung verhältnismäßig niedrig. E. Langer-Berlin.

Taschenbuch der mikroskopischen Technik, von B. Romeis. (R. Oldenburg, München u. Berlin 1922.) Die 9. und 10. Auflage des bekannten Taschenbuches von Böhm und Oppel beweist durch ihr der vorigen Auflage schnell folgendes Erscheinen, daß auch unter der neuen Bearbeitung von Romeis das Buch seinen Ruf gewahrt hat. In der neuen Auflage sind die neueren, einschlägigen Arbeiten berücksichtigt und die Kapitel über Knochen, Zähne, Muskeln und über die Vitalfärbung verbessert worden. Neu hinzu kam ein Kapitel über das Messen mikroskopischer Präparate und über genaue Mengenbestimmungen von Organteilen. — Sehr begrüßenswert ist die anhangsweise beigefügte Übersicht der, zumal für den Anfänger, den die Menge der verschiedenen Methoden oft verwirrt, wichtigsten und praktischsten Methoden der Fixierung, Einbettung und Färbung. Zu loben ist auch die gute Ausstattung des Buches; nur in der Übersichtstabelle am Schlusse des Buches sind drucktechnische Fehler bei der nächsten Auflage zu beseitigen. F. Jacobsohn-Berlin.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Syphilis.

e. Therapie.

Die Behandlung der Syphilis mit Bismut (La cura della sifilide col bismuto), von C. Ducrey-Rom. (Policlinico, 1922, Nr. 15.) Weiterer Bericht über eigene Erfahrungen mit Bismuttherapie an 17 Kranken (3 Primär-, 11 Sekundär- und 3 Tertiärfälle). Günstige Beeinflussung der Symptome, geringer Effekt auf die WR. Verf. konnte auf Grund sehr exakter chemischer Untersuchungen die Ausscheidungsverhältnisse des Mittels genau verfolgen. Das Bismut läßt sich schon 15—26 Stunden nach der Injektion im Harn feststellen und hält die Ausscheidung viele Tage nach Beendigung der Kur an. Auf die Nierentätigkeit wurde kein ungünstiger Einfluß beobachtet, dagegen war Abnahme des Hämoglobins, des Körpergewichtes und mehr oder weniger starke Abmagerung konstant vorhanden. Das Mittel ist stark schmerzhaft und hat sehr häufig verschieden starke, auch ulzeröse Stomatitis im Gefolge, bei charakteristischer, schiefergrauer Verfärbung des Zahnfleischbandes. In zwei Fällen wurde Colitis ulcerosa beobachtet. Technik: Tiefe Injektionen in die Glutaei von 0,3 g von Kalium- oder Natriumtartrobismutat in öliger Lösung, alle 3 oder mehr Tage. Die wässerige Lösung wird wegen relativer Giftigkeit nicht empfohlen. Zusammenfassend kann der Autor trotz der spirillotropen Eigenschaften des Bismuts dieses Mittel für die Praxis noch nicht empfehlen, das Mittel sei dringend verbesserungsbedürftig. E. Freund-Triest.

Ulcus molle, Granuloma venereum usw.

Über das Ulcus molle und seine Behandlung, von C. Bruck-Altona. (Klin. Wschr., 1922, Nr. 14, S. 689.) Ausführliche für den Praktiker bestimmte Besprechung von Pathogenese und vor allem Therapie des Ulcus molle. Für den Dermatologen nichts Neues. E. Langer-Berlin.

Primäre weiche Schanker der Zunge (Ulcere veneree multiple primitive della lingua), von Martini Giovanni. (Rif. Med., 1922, Nr. 21.) Fall von multiplen weichen Schankern der Zunge bei einem Homosexuellen. E. Freund-Triest.

Blennorrhoe.

a. Ätiologie.

Komplementbildung bei Gonorrhoe. Eine Reihe von 1000 Proben (Complement Fixation in Gonorrhea: A Series of 1000 Tests), von T. E. Osmond. (Lancet, Nr. 5154, S. 1143.) Verf. ist der Ansicht, daß die Komplementbindungsmethode bei der Blennorrhoe nicht die Anerkennung gefunden habe, die sie verdient, sie sei für die Blennorrhoe dasselbe, was die WR für die Lues bedeute, besonders bei der Frau sei sie gut verwertbar. Er stellte sie in 1000 Fällen an; bei sicherer Blennorrhoe hatte er 86,5 % positive Resultate, dagegen fand er in Fällen, wo sicher keine Blennorrhoe bestand, nur zu 3 ‰ positiven Ausfall der Reaktion. R. Erichson-Kiel.

b. Pathologie und Klinik.

Anatomie des Trippers beim Manne (Anatomy of Gonorrhea in the Male. Principles of Treatment), von William T. Belfield-Chicago. (J. Am. m. Ass., Bd. 78, Nr. 17, S. 1290—1293.) An Hand von 5 Abbildungen bespricht Verf. vergleichend anatomisch die verschiedenen Typen der Entwicklung und des Baues des Penis. Er weist dann auf die Wichtigkeit der Samenblasen hin, die in vielen Fällen blennorrhoischer Infektion erkranken, aber nur wenig Beachtung finden. Infolge ihres anatomischen Baues (2 Abbildungen) sind sie besonders geeignet, Trippererreger längere Zeit zu beherbergen. Dazu kommt, daß die natürlichen Schutzkräfte der Samenblasenwände gering sind, sich der eingedrungenen Gonokokken zu erwehren im Gegensatz zur Harnröhre, die durch lebhafte Eiterung die Krankheitserreger herausschwemmt. Am anatomischen Bau der Harnröhre ist zu beachten, daß die Lakunen im hinteren Teil der Harnröhre mit ihrer Öffnung (dazu Abbildung) blasenwärts schauen, so daß sie vorzügliche Schlupfwinkel für die Gonokokken bilden. Mit Rücksicht auf den eigenartigen Bau der Samenblasen

Digitized by Google

sowie der Tatsache, daß gerade sie oft die Erreger beherbergen, empfiehlt Verf. Punktion des Vas deferens mit nachfolgender antiseptischer Injektion, um auf diese Weise an die Krankheitserreger, die in den Samenblasen nisten, heranzukommen. Verf. hat während der letzten neun Jahre diese Methode angewandt, natürlich nur in den Fällen, in welchen eine Infektion der Samenblasen durch rektale Untersuchung nachgewiesen war. Bei 83 so behandelten Fällen erlebte er keine Epididymitis noch Arthritis, dagegen 4 Fälle von chronischer Eiterung. Die übliche Behandlung fand nebenbei statt.
F. Quasig-Hamburg.

Über einen sehr schweren Fall von Arthritis gonorrhoica suppurativa (Di un gravissimo caso di artrite gonococcica suppurata), von Merlino Basilio. (Policlinico, 1922, Nr. 17.) Mitteilung eines schweren Falles von Arthritis gonorrhoica des Radiokarpal- und Kubitalgelenkes, in welchem nur durch die radikale Entfernung der betroffenen Gelenkknorpel sowie sämtlicher kleinen Karpalknöchelchen die Amputation des ganzen Armes verhütet werden konnte. Heilung mit fast erhaltener Funktion der Hand. E. Freund-Triest.

Die Beteiligung der Knochen bei der Arthritis gonorrhoica, von Kamnitzer-Berlin. (Ther. d. Gegenw., 1922, H. 2, S. 44.) Eingehende Schilderung eines Falles von Monarthritis des Handgelenks bei einer weiblichen Blennorrhoe-Kranken mit röntgenologisch einwandfrei festgestellten Knochenzerstörungen an den Handwurzelknochen und Unterarmepiphysen, wahrscheinlich osteomyelitischer Art. Das Vorhandensein von solchen Knochenzerstörungen kann also in Zukunft nicht mehr als gegen Blennorrhoe sprechend verwertet werden. Die Prognose ist natürlich quoad Beweglichkeit ungünstig. Biersche Stauung versagte ausnahmsweise und konnte den Knochenprozeß nicht hintanhalten, Hochlagerung und Diathermie waren von Erfolg. F. Hirsch-Ulm.

Ein Fall von gonorrhoischer Hauterkrankung (Keratodermia Blennorrhagica), von Edward C. Gager-St. Paul. (J. Am. m. Ass., Bd. 78, Nr. 13, S. 941—942.) Der Fall bietet nichts Besonderes. F. Quasig-Hamburg.

Keratosis blennorrhoica (Keratosis Blennorrhagica or Gonorrheal Keratosis), von J. Edward McDowell-Philadelphia. (New York m. J., 1922, Bd. 115, Nr. 9.) In einem Lazarette wurde eine auffallende Häufung der sonst seltenen Komplikation beobachtet, was möglicherweise mit ungünstigen allgemeinen Lebensbedingungen und Vernachlässigung seitens der Patienten zusammenhing. Es handelt sich eigentlich nicht um eine Keratosis, sondern um eine Parakeratosis. Die bakteriologische Untersuchung der Fälle ergab keine Resultate, Übertragungsversuche verliefen negativ. Gute Erfolge mit kolloidaler Therapie nach McDonagh, bestehend aus Mangan, Antimon, kolloidalem Schwefel. E. Levin-Berlin.

Appendizitis und Gonorrhoe, die beiden häufigsten Ursachen der chronischen Entzündungen der Tuben und Ovarien, von Arthur Müller-München. (D. m. W., 1922, Nr. 24, S. 798—800.) Adnexerkrankungen dürfen nur dann als blennorrhoisch angesehen werden, wenn Gonokokken nachgewiesen sind. Ist letzteres nicht der Fall, so ist meist eine chronische Appendizitis an den von den Adnexen ausgehenden Beschwerden schuld. F. Harry-Berlin.

Gonokokken-Septikämie (Gonococcal Septicaemia), von James A. Jenkins-Paddington Infirmary, London. (Brit. m. J., 1922, Nr. 3199, S. 641—642.) Ein 38jähr. Pat. mit Prostatitis und Gonarthritis gonorrhoica, 3 Monate nach der Infektion, bekam nacheinander eine Thrombophlebitis femoralis, Polyadenitis und schließlich ein papulöses Exanthem mit großen erythematösen Flecken vermischt, hauptsächlich an den Handrücken, den Streckseiten der Unterarme und der Unterschenkel. Die Eruption verschwand in wenigen Tagen. Die nächsten Komplikationen stellte ein Erguß im linken Kniegelenk, wobei die Schmerzen vor allem in der Gegend des Semilunarknorpels lokalisiert wurden, und eine Epididymitis dar. Dann folgte ein neuer Schub von Papeln. Im Blut wurden durch Plattenkultur Gonokokken nachgewiesen, aus denen eine Vakzine bereitet wurde. Dieses zweite Exanthem erlosch in 3 Tagen, um kurz darauf bei dem hoch fiebernden und elenden Pat. von neuem an den Armen zu erscheinen. Aus dem Blut wurden wiederum Gonokokken gezüchtet. Nach viermonatiger Behandlung konnte Pat. gebessert entlassen werden. E. Sklarz-Berlin.

e. Therapie.

Die Sopholprophylaxe, von Ed. Martin-Elberfeld. (Klin. Wschr., 1922, Nr. 15, S. 733.) Kritik an der Arbeit Salomons in Nr. 7 der Klin. Wschr. Verf. führt die Unterschiede in den Prophylaxe-Resultaten auf das Mittel zurück. Während S. mit

Digitized by Google

Sophol gearbeitet hat, verwendet M. ausschließlich und mit gutem Resultate die Höllensteinlösung. Der Vergleich scheint nicht für Sophol zu sprechen.
E. Langer-Berlin.

Erwiderung, von R. Salomon. (Klin. Wschr., 1922, Nr. 15, S. 733.) Verf. vertritt den schon in seiner Arbeit dargelegten Standpunkt über sichere und wahrscheinliche Gonoblennorrhoen. Sophol und Argent. halten sich nach seinen Erfahrungen die Wagschale.
E. Langer-Berlin.

Kursus der venerologischen Technik. II. Gonorrhoe, von M. Joseph-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 16, S. 529—530.) Kurze Beschreibung der diagnostischen und therapeutischen Methoden für den praktischen Arzt bei Blennorrhoe des Mannes und der Frau.
F. Harry-Berlin.

Versuche mit Rivanol bei Gonorrhoe und Pyodermien, von Hans Biberstein-Breslau. (D. m. W., 1922, Nr. 23, S. 769—770.) Das Rivanol hat sich bei der Behandlung der männlichen Blennorrhoe (anterior und posterior) in Konzentrationen von 1 : 3000 bis 1 : 500 gut bewährt. Die Patienten waren meist nach 9 Tagen gonokokkenfrei. Auch bei Impetigo, Ekthyma, Pyocyaneusinfektion der Ulcera cruris wurden gute Teilerfolge mit 1% Rivanolsalben und -pasten und 10% Rivanol-Schüttelmixtur erzielt.
F. Harry-Berlin.

Gonocystol, ein modernes internes Antigonorrhoikum, von M. Grimme-Hamburg. (Klin.-ther. Wschr., 1922, H. 15/16, S. 144.) Gonocystol enthält den Milchsäureester des Santalols mit hochwertigem Kawaextrakt, dazu andere harntreibende und anästhesierende Mittel in Pillenform, die sich erst im Darm löst. Nast, Steiner und Scharwächter sind mit dem Mittel sehr zufrieden. Verf. bezeichnet es als das ideale interne Antigonorrhoikum und hebt das Fehlen von Nebenwirkungen und Nierenreizungen besonders hervor. Der Preis ist verhältnismäßig niedrig.
F. Hirsch-Ulm.

Heilerfolge und Wirkungsweise der intravenösen Therapie bei der unkomplizierten weiblichen Gonorrhoe, von C. J. Gauss-Freiburg i. B. (Zbl. f. Gynäk., 1922, Nr. 24, S. 977—986.) Verf. hat in einem Frauenlazarett der Etappe Versuche mit verschiedenen chemotherapeutischen und Vakzinepräparaten zur Behandlung der unkomplizierten weiblichen Blennorrhoe angestellt. Bei der sogenannten geschlossenen komplizierten Blennorrhoe (Epididymitis, Arthritis, Pyosalpinx, Pyovarium) hatte die Vakzine- und Chemotherapie Erfolg. Von den 52 mit intravenöser Injektion von Gonargin Behandelten wurden 73,0% aller Fälle, und zwar 56,3% aller akuten, 78,2% aller subakuten und 84,6% aller chronischen Fälle, geheilt. Bei Anwendung von Gonotropin konnte bei den 7 subakuten Fällen nur in 57,1% Heilung erzielt werden. Bei intravenöser Anwendung von selbstgemachter Eigenvakzine konnte bei 6 Frauen nur in 50% Heilung erzielt werden. Sicher ist, daß die unkomplizierte weibliche Blennorrhoe durch intravenöse Therapie mit Vakzine günstig beeinflußt werden kann, was bisher nicht bekannt war. An chemotherapeutischen Mitteln wurde in 43 Fällen Collargol intravenös injiziert: Gesamtheilung 60,5%, akute Fälle 59,1%, subakute 56,3% und chronische 80,0% Heilung. Im Gegensatz zu der Münchener Dermatologischen Klinik wurde die Heilung auch ohne kombinierte Lokalbehandlung erzielt. Das Goldpräparat Chrysolgan hatte bei gleichzeitiger intramuskulärer Applikation von Hydrarg. salicyl. bei 20 behandelten Frauen in 50% Heilung zur Folge, und zwar 45.5% akute, 57,2% subakute und 50% der chronischen Fälle, also auch hier durchschnittlich eine sehr energische Wirkung der akuten Fälle. Therapeutisch waren also alle Methoden gleich erfolgreich; aber bei allen Vakzinen mit Ausnahme der Autovakzine, traten Kopfschmerzen auf, auch hier und da, bei Kollargol ständig, Fieber. Bei Gonotropin traten, wenn Flüssigkeit neben das Gefäß gelangte, geringe, bei Chrysolgan heftige lokale Reizwirkungen auf, außerdem wurden in 3 Fällen Toxikationsdermatosen beobachtet. Zum Schluß stellt Verf. fest, daß die Urethralblennorrhoe durch die Vakzinetherapie angreifbar ist; ob es sich um eine spezifische Therapie oder ob es sich hier um eine Proteinkörpertherapie handelt, ist noch unentschieden. Da es dem Verf. auffallend erschien, daß zwei ganz verschieden wirkende Stoffe gleich günstig wirkten, so glaubte er, daß vielleicht eine Selbstheilung vorliegt. Er injizierte nun einer Reihe blennorrhoischer Frauen in gewissen Zeitabschnitten 5 ccm physiologische Kochsalzlösung und sah auch dann auffallende Besserung. Nach Ansicht Aschoffs und Starkensteins handelt es sich hier um eine Proteinkörpertherapie, da das nicht ganz isotonische Kochsalz aus Militärbeständen einen Zerfall von körpereigenen Proteinen zur Folge hatte. Verf. glaubt, daß

Digitized by Google

es gelingen wird, die intravenöse Therapie so auszubauen, daß sich die schon jetzt günstigen Erfolge noch wesentlich vermehren. A. Rosenburg-Berlin.

Therapie der Vulvovaginitis gonorrhoica infantum, von Willy Schmidt-Frankfurt a. M. (Ther. d. Gegenw., 1922, H. 4, S. 144.) Zusammenstellung der wesentlichen modernen Anschauungen über die Therapie dieser so schwer zu beeinflussenden Erkrankung. Verf. berichtet über einen Fall, bei dem ihm die Behandlung mit den von Bender empfohlenen Globuli vaginales „Homefa" in Suppositorienform gute Dienste getan hat. F. Hirsch-Ulm.

Die Behandlung der Epididymitis blennorrhagica mit Röntgenstrahlen, von J. Wetterer-Mannheim. (D. m. W., 1922, Nr. 14, S. 458—459.) Die blennorrhoische Erkrankung des Nebenhodens eignet sich vortrefflich für die Röntgenbestrahlung. Je frischer die Erkrankung ist, desto rascher tritt nach der Bestrahlung Heilung ein. Meist genügt eine Bestrahlung (etwa 4 cm Halbwertschicht in Wasser, durch 0,5 mm Zink und 1 mm Aluminium gefiltert). Von dieser Strahlung werden bei Anwendung zweier Felder (vorn und hinten) auf jedes Feld 75% der HED. gegeben. F. Harry-Berlin.

Die Behandlung der blennorrhoischen Epididymitis (The Treatment of Gonorrheal Epididymitis), von Abraham Ravich-Brooklyn, N. Y. (New York m. J., 1922, Bd. 115, Nr. 9.) Obgleich andere gebräuchliche Maßnahmen gleichzeitig zur Anwendung kamen, glaubt Verf. den guten Verlauf der von ihm beschriebenen vier Fälle auf die von ihm verabfolgten intravenösen Einspritzungen von Jodnatrium beziehen zu dürfen. Zur Einspritzung wurden sterile Ampullen benutzt, die je 2 g in isotonischer Lösung enthalten, zunächst drei- bis viermal alle zwei Tage, dann in dreitägigen Pausen bis zum Eintritt der Wirkung. Keine wesentlichen Nebenerscheinungen. E. Levin-Berlin.

Eine neue Methode der Behandlung des Tripperrheumatismus (Gonorrhoeal Rheumatism, with Details of a New Method of Treatment), von A. O. Ross. (Edinburgh m. J., Bd. 28, Nr. 5, Mai 1922.) Für das Zustandekommen einer metastatischen, blennorrhoischen Gelenkentzündung wird eine vorhergehende Infektion einer Samenblase für erforderlich gehalten. Es werden drei Typen unterschieden: der arthralgische, der polyarthritische, der chronisch-hydrarthrotische. Besprechung der örtlichen und allgemeinen Behandlung der Blennorrhoe und der Gelenkerkrankungen im besonderen (Antigonokokkenserum, Vakzine, artfremdes Protein). Empfohlen wird eine kombinierte Behandlung mit Elektrargol und einer mit Staphylokokken, Streptokokken und B. coli gemischten Gonokokkenvakzine von Wright nach folgendem Schema. 1. Tag: 5 ccm Elektrargol intramuskulär. 2. Tag: 5 ccm Elektrargol intravenös, Prostata-Samenblasenmassage. 3. Tag: 10 ccm Elektrargol, Prostata-Samenblasenmassage. 4. Tag: Massage. 5. Tag: 10 ccm Elektrargol, Massage. 6. Tag: 1 ccm Vakzine. 7. Tag: 10 ccm Elektrargol. 8. Tag: Massage. 9. Tag: 2 ccm Vakzine. 11. Tag: Massage. 12. Tag: Massage. 13. Tag: 4 ccm Vakzine. 15. Tag: Massage. 16. Tag: Massage. 17. Tag: 6 ccm Vakzine. 19. Tag: Massage. Sollte die negative Phase nach der Vakzine-Injektion im Gelenk Schmerzen oder Erguß bewirken, so wirken 10 ccm Elektrargol spezifisch, ebenso ist dieses von großem Nutzen bei Metastasen am Auge. Bei chronischem Hydrarthros sind die Erfolge weniger überzeugend als bei dem arthralgischen und polyarthritischem Typus. E. Levin-Berlin.

Urogenitalapparat.

a. Allgemeines, Anatomie.

Eine Anregung zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten der Harnwege (A Plea for the Early Recognition of Urologic Conditions), von P. A. Jacobs-Cleveland. (J. Am. m. Ass., Bd. 78, Nr. 18, S. 1369—1371.) Auf Grund seiner Erfahrungen als Krankenhausarzt macht Verf. darauf aufmerksam, daß seitens der Allgemeinpraktiker die modernen urologisch-diagnostischen Methoden, wie Zystoskopie, Harnleiterkatheterismus, Nierenfunktionsprüfungen usw., wenig zur Anwendung kommen. Als Beispiele gibt er 9 Fälle (Nierensteine, -Geschwülste, Mißbildungen und Infektion der oberen Harnwege), die jahrelang von zum Teil mehreren Praktikern verkannt und infolgedessen nur mit Blasenspülungen oder antiseptischen Mitteln behandelt worden sind. Die genannten Untersuchungsmethoden sollten in allen Fällen von Eiterung aus den Harnwegen (ausgenommen bei Blennorrhoe), von Blutungen und Störungen der Miktion Anwendung finden. F. Quasig-Hamburg.

Digitized by Google

Ein Fall einer großen Urachuszyste (A Case of Large Urachal Cyst, not Communicating with the Bladder), von G. H. Edington. (Lancet, Nr. 5147, S. 791.) Mitteilung eines Falles mit einer 13 cm langen und 9 cm breiten, Urin enthaltenden Cyste der Urachus. Sie stand nicht in Verbindung mit der Blase und konnte durch Operation leicht entfernt werden. R. Erichson-Kiel.

Neue Methode zur Operation der Hypospadiasis und der Defekte der Pars pendula urethrae, von Aladar Fischer-Budapest. (Zbl. f. Chir., 1922, Nr. 12, S. 399.) Verf. nimmt die Lappen zur Deckung des Urethraldefekts vom Penis, schlägt sie so nach innen, daß die Haut nach innen sieht und deckt den Defekt, indem er den ganzen Penis in den Hodensack einbettet, so daß die obigen Lappen von außen durch das Unterhautzellgewebe des Hodens ernährt werden. Als dritter Akt der Operation wird drei Wochen später der Hodensack wieder vom Penis getrennt, wobei man genügend Haut am Penis lassen kann, um einen Vorschluß der Schnittwunde zu ermöglichen. Soll die Harnröhre durch die Mitte der Glans penis hindurchgezogen werden, so werden die primären Lappen etwas länger genommen und durch die mit einem scharfen Messer durchstoßene Glans hindurchgezogen, auch jetzt wird der Penis in das Skrotum eingebettet und so die Ernährung der Lappen sichergestellt. Als vorbereitende Operation macht Verf. die Urethrotomia externa am Damm, durch die die ersten 8 Tage der Urin abgeleitet wird. A. Rosenburg-Berlin.

Beitrag zur kongenitalen Nierendystopie, von Hans Baumm-Breslau. (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., April 1922, Bd. 57, H. 5, S. 247.) Unter kongenitaler Nierendystopie versteht man die angeborene Verlagerung einer, im Gegensatz zur Wanderniere nicht beweglichen Niere. Da der fötale Aufstieg der Niere, ehe sie ihre normale Höhe erreicht hat, eingestellt wird, kann man je nach dem Sitz eine Dystopia lumbalis, lumbosacralis und sacralis unterscheiden. Unter 96 Fällen der Literatur wurde nur 17mal die Diagnose vor der Laparotomie gestellt. Auch in dem vom Verf. berichteten Falle wurde ein Ovarialtumor angenommen und deshalb laparotomiert. Nach Sicherstellung der Diagnose wurde jetzt die Beckenniere aus ihrem Nest herausgeschält und soweit als möglich nach oben verlagert und fixiert. Die Kürze des Ureters verhindert meist, wie auch in diesem Falle, eine weitgehendere Verlagerung nach oben. Wie schon in der Literatur hingewiesen, ist die Dystopie in 38,5% der Fälle mit einer Dysplasie der inneren weiblichen Genitalien vergesellschaftet, hier bestand ein Uterus bicornis. A. Rosenburg-Berlin.

Die verschiedenen Formen der Urininkontinenz bei Kindern (Des différentes formes d'incontinence chez les enfants), von Denis Courtade. (J. de Méd. de Paris, 1922, Nr. 7.) Die wahre Inkontinenz ist differentialdiagnostisch abzugrenzen von Pollakiurie, Polyurie, Simulation. Sie kann beruhen auf Mißbildung von Ureter, Blase, Harnröhre, Erkrankung von Niere, Blase, Harnröhre, Erkrankungen des Nervensystems oder essentiell sein; hierbei ist die atonische Form und die Form mit gesteigerter Reizbarkeit zu unterscheiden. Für die essentiellen Formen werden Strychnin, Belladonna, elektrische Behandlung empfohlen. E. Levin-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Priv.-Doz. Dr. Ernst Nathan in Frankfurt a. M. wurde nicht zum nichtbeamteten a. o. Professor ernannt. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rumm, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

11. November 1922 | Nr. 45 | Band 75

Aus der dermatologischen Klinik der P. Pázmány-Universität in Budapest (Direktor: Prof. Dr. L. A. Nékám).

Die Wirkung der Drüsenausscheidungen der Phthirus pubis L. auf die menschlichen Blutzellen in bezug auf die Entstehung der Maculae coeruleae.

Von

Dr. med. et phil. Friedrich Grusz.

Die Wirkungsweise der Drüsenausscheidungen der Insekten auf die Blutzellen des Wirtes sind noch nicht genau studiert. Was die wichtigeren diesbezüglichen Untersuchungen anbelangt, so waren es zuerst Nuttall und Strickland (On the Presence of Anticoagulin in the Salivary Glands and Intestines of Argas Persicus. Parasitology 1908), die in den Speicheldrüsen und Gedärmen des Argas persicus koagulationshemmende Stoffe fanden, welche Sabbatani Ixodin nannte. Bruck (Über das Gift der Stechmücken. D. m. W., 1911) fand im Extrakt der Stechmücken ein von ihm Culicin genanntes hämolytisches und urtikariogenes Komponent. Seine Untersuchungen waren aber nicht ganz präzis, denn er zerquetschte den ganzen Mückenkörper, und so wirkten auch solche Sekrete und Exkrete mit, welche beim Saugakt gar keine Rolle spielen. Selbst Schaudinn führte die urtikariogene Wirkung des Mückenstiches auf die im Saugmagen der Mücken vorhandenen Hefepilze zurück. Nach Klausner (Zur Kenntnis des Wanzengiftes. Arch. f. Derm., 1916) sind die Drüsenausscheidungen der Wanzen in Wasser und Alkohol löslich, haben eine hämolytische und eine urtikariogene Wirkung, sind aber ohne Ameisensäure und wirken nicht immunisierend.

Meine Untersuchungen beziehen sich auf die Wirkung der Drüsenausscheidungen der Filzläuse (Phthirus pubis L., syn. Phthirius inguinalis L.) auf menschliches Blut. Diese Wirkung zu studieren schien mir auch deshalb für interessant, weil die Drüsensäfte in der menschlichen Haut die sog. Maculae coeruleae verursachen.

Meine Methode war folgende: Kopf samt Thorax der noch lebenden Läuse (bekanntlich leben diese vom menschlichen Körper getrennt höchstens 12 Stunden) wurden vom Abdomen getrennt und beide Teile extra mit Quarzsand trocken zerrieben, dann mit der zur Untersuchung benutzten Flüssigkeit (phys. Kochsalzlösung, menschliches Blutserum oder — um die Enzymwirkung der Drüsensekrete konstanter zu machen — 3%ige Natr.-fluor-Lösung) durchgespült, so daß jedes 0,5 ccm der Flüssigkeit die Sekrete von 100 Lausteilen enthielt. In dieser Weise waren die Stammflüssigkeiten ziemlich gleichmäßig, kaum opaleszierend, schwach

Digitized by Google

alkalisch. Selbstverständlich waren auch meine Untersuchungen noch nicht ganz präzis, denn die Drüsensekrete wurden nicht rein, sondern noch immer mit anderen Körpersekreten gemischt untersucht. Jedoch durch die Trennung des Kopfes samt Thorax vom Abdomen — d. h. Isolierung der Speicheldrüsen und mesenterialen Drüsen — wurden wichtige Fehlerquellen ausgeschieden, was meine Untersuchungen auch zeigen. Wenn wir nämlich ganze Tierkörper zerreiben, sind in einem hämolytischen System 5—6 Tropfen auf 1 ccm gerechnet vollkommen genügend, um die Hämolyse zu verhindern. Wenn wir aber die Läusekörper in der angegebenen Weise zerteilt untersuchen, so finden wir, daß 0,2 ccm der Stammflüssigkeit, welche die Sekrete der zerriebenen Köpfe und Thoraxe enthält, die Koagulation des frischen Blutes verhindert und auch die roten Blutzellen löst. Das gelöste Blut verliert langsam und in sehr geringem Grade seine Naturfarbe (so war es nach 6—8 Wochen etwas dunkelbräunlich), jedoch konnte ich die Bildung eines besonderen Farbstoffes nicht konstatieren.

Dagegen finden wir, daß die Flüssigkeit, die die Sekrete der zerriebenen Abdomina enthält, überhaupt nicht hämolytisch wirkt, sondern in vitro die Auflösung der roten Blutzellen hemmt, und zwar — wie ich es schon erwähnt habe — in solchem Grade, daß sie auch die koagulationshemmende und hämolytische Wirkung der Speicheldrüsen verhindert, neutralisiert.

Die durch Zerreibung der Köpfe und der Thoraxe gewonnenen Speicheldrüsensekrete wirkten auf die ausgewaschenen menschlichen roten Blutzellen wie auf frisches menschliches Blut immer schwach hämolytisch und koagulationshemmend, ohne besondere Unterschiede. Die koagulierende und antihämolytische, übrigens viel stärkere Wirkung der Flüssigkeit, die die abdominalen Drüsensekrete enthält, zeigte Abweichungen, nach meiner Meinung je nachdem die Läuse noch gut genährt oder im Sammelglase schon ausgehungert waren.

Aus diesen Untersuchungen folgere ich, daß die Drüsensekrete des Phthirus pubis L. in bezug auf die menschlichen Blutzellen wenigstens auf zweierlei Art wirken: die Sekrete der maxillaren Speicheldrüsen (für welche ich den Namen Phthirolysin vorschlage) wirken koagulationshemmend und schwach hämolytisch, dagegen die Sekrete der großen mesenterialen Drüsen (ich würde sie Phthiriasin nennen) entgegengesetzt, antihämolytisch und koagulierend, und zwar in solcher Stärke, daß ihre Wirkung die Wirkung der Speicheldrüsen weit übertrifft und neutralisiert.

Meine Untersuchungen erklären vielleicht die Angaben Hases, daß die Läuse die aufgesaugte Nahrung sehr schnell verdauen und das Nichtverdaute manchmal schon nach wenigen Minuten entleeren, und daß ihre Exkremente dennoch immer zusammengeballt sind. Die Speicheldrüsen der Läuse verhindern die Blutkoagulation nur beim Saugakte, im Mitteldarm aber entsteht die Koagulation, und das freigewordene Blutserum kann im Körper der viel Feuchtigkeit benötigenden Läuse schnell aufgesogen werden.

Es bleibt noch die Frage übrig, wie beim Menschen die sog. Maculae coerulae nach den Bissen der Phthirii entstehen. Den Zusammenhang der Bisse und der Flecken stellte zuerst Falot im Jahre 1868, und

Digitized by Google

nach ihm Mourson (Nouvelles Recherches sur l'origine des taches ombrées. Ann. d. Derm., 1877—78, S. 198) im Jahre 1878 fest; Duguet und Mallet (Les taches bleues; leur production artificielle. Ann. d. Derm. I. u. Gaz. des Hôp., 1880, S. 362) hielten dieselben für ein toxisches Erythem infolge der Giftwirkung der beim Saugakt in die Haut eintretenden Speicheldrüsensekrete. Zur Entstehung der Flecken ist nach Gibier (Nouvelle Étude sur la correlation qui existe entre les taches ombrées et la phthiriase du pubis. Gaz. Med. de Par., 1881, S. 131) immer eine Prädisposition notwendig. Nach Campos Huguenay (Quelques remarques sur le Phthirius inguinalis. Gaz. des Hôp., 1902, S. 591) sind die Flecken durch Zersetzung des Hämoglobins entstandene Farbenreaktionen. Es gelang Ciuffo (Intorno alla patogenesi delle cosidette macchie cerulee. Bollett d. Soc. med. chir. di Pavia, 1907, Bd. 7, S. 6) und Oppenheim (Über einen durch den Phthirius pubis erzeugten Farbstoff. Vierteljahrschr. f. Derm., 1901, S. 235, und: Über die Ursache der Maculae coeruleae. Arch. f. Derm., 1909, Bd. 96, S. 67), die Maculae coeruleae künstlich durch subkutane Injektion der frisch zerquetschten Filzläuse zu verursachen; nach Ciuffo aber entstehen sie nur in dem Falle, wenn Maculae schon vorhanden waren. Die Flecken sind seiner Meinung nach als eine idiosynkrasische Erscheinung aufzufassen; der Phthirusextrakt hat keine hämolytische Wirkung, und die Flecken zeigen nie die hämorrhagischen Farbennuancen. Tièche (Zur Kenntnis der Maculae coeruleae. Arch. f. Derm., 1908, Bd. 91, S. 307, 326) hielt die Flecken für kleine Hämorrhagien, subkutane Oxyhämoglobinreduktionen. Oppenheim aber verneint diese Anschauung; nach ihm lassen diese oxydaseartigen Fermente der Speicheldrüsen der Parasiten mit dem Hämoglobin durch Oxydation einen grünen Farbstoff entstehen, der in der Haut die Flecken verursacht. Der gelöste grüne Farbstoff durchtränkt diffus alle Hautschichten. Der Farbstoff entsteht aus dem Hämoglobin des menschlichen Blutes auch im Fettkörper der Filzläuse — in Form smaragdgrüner Kristalle — durch die Wirkung der Drüsensekrete. Pellier (Über den Farbstoff in den blauen Flecken [Maculae coeruleae], Mschr. f. pr. Derm., 1909, Bd. 48, S. 57), meint, daß die Filzläuse auch ohne menschliches Blut einen blauen Farbstoff zu bilden imstande sind, den er besonders in den Eiern der Läuse fand. Nach Riecke (Versammlungen, Militärlazarett Tournai, Derm. W., 1915, Bd. 60, S. 395) entsteht der grüne Farbstoff aus dem menschlichen Hämoglobin durch die Wirkung der Speicheldrüsensekrete der Phthirii.

Nuttall (The Pathological Effects of Phthirus pubis. Parasitology, 1918, S. 375) verneint Oppenheims Annahme, daß die grünen Kristalle des Fettkörpers der Filzläuse identisch wären mit dem in menschlicher Haut entstandenen Pigmente, und daß beide durch die Wirkung der Speicheldrüsensekrete entstehen. Nach ihm ist diese Behauptung noch zu beweisen, wie überhaupt die Natur der Maculae coeruleae zu erklären bleibt. Es ist auch merkwürdig, daß nur vollkommen erwachsene Läuse fähig sind, durch ihre Bisse die Farbflecke zu erzeugen. Auch ist die Meinung Delbancos (Vers. d. Naturforsch., München 1912) zu erwähnen, nach der es sich nicht um eine Farbstoffausscheidung handelt, sondern um eine vorübergehende Schädigung der elastischen Fasern infolge der Drüsensekrete oder einer Verletzung. Endlich sei noch hervor-

Digitized by Google

gehoben, daß Sommer und Graeco (Revista derm. de la sociedad dermat. Argentin., 1914, S. 5) nach Flohstichen Maculae coeruleae beobachteten, diese Flecke sind also nicht spezifisch für Phthirii.

Was meine eigenen Erfahrungen betrifft, so muß ich Ciuffos Angabe, daß die Lausextrakte keine hämolytische Wirkung haben, bekräftigen, und zwar deswegen, weil der Extrakt der ganzen Läusekörper nach meinen Untersuchungen die Hämolyse verhindert. Seine Endkonklusion aber basiert auf einer fehlerhaften Beobachtung, denn die Hämolyse wird nur durch die Sekrete der mesenterialen Drüsen verhindert, die Speicheldrüsen allein haben aber immer eine koagulationshemmende und hämolytische Wirkung.

Solche Experimente müssen übrigens immer mit großer Umsicht ausgeführt werden, da mancherlei Fehler unterlaufen können. Ich fand z. B., daß die frisch bereiteten Drüsenextrakte schon nach einigen Minuten nicht mehr die Enzymwirkung hervorriefen; die nach längerem Stehen gebrauchten Extraktlösungen können demnach nicht biologisch wirken.

Nach meiner Meinung ist die Filzlaus nur in gewissen Hautpartien des Körpers imstande, die Maculae coeruleae zu verursachen, und zwar in den strafferen dünnen Hautpartien, besonders wo die Haare fehlen. Hier können sich die Filzläuse schwerer anklammern und müssen daher beim Sichfesthalten auch ihre Saugapparate mehr in Anspruch nehmen. Allein nur die vollkommen erwachsenen Läuse sind fähig, durch ihre Bisse die Makulae zu verursachen, denn es ist eine gewisse Tiefe des Stiches zur Erzeugung der Flecke unbedingt notwendig.

Ich konnte in vitro die macula-coerulea-artige Verfärbung des Blutes nicht hervorrufen, obzwar ich die wirksamen Drüsensekrete in einer so konzentrierten Lösung benutzte, daß eine solche Reaktion unbedingt entstehen hätte müssen. Eben deshalb kann ich es nicht annehmen, daß die Phthirii einen besonderen Farbstoff bilden, sondern nach meiner Ansicht sind die Flecken aus dem Hämoglobin der durch die Wirkung der Speicheldrüsensekrete zerfallenen Blutkörperchen bei der Hämolyse entstandene Imbibitions-(Hämatoidin-)Flecken. Dies ist um so wahrscheinlicher, als diese Flecken in 10—14 Tagen vollkommen resorbiert werden können, was im Falle echter Pigmentbildung unmöglich wäre.

Aus der dermatologischen Abteilung der Charité-Poliklinik in Budapest
(Chefarzt: Kgl. Rat Dr. Josef Sellei).

Die Wirkung von Quecksilber-Arsenpräparaten auf einige Tuberkulide.

Von

Dr. Josef Sellei und Dr. Ernst Liebner.

Schon im Jahre 1918 berichtete Sellei in einer in der ungarischen Fachzeitung „Gyógyászat" erschienenen Arbeit, daß von den verschiedenen Quecksilber-Arsenpräparaten sich besonders von Modenol eine günstige Wirkung bei einigen Tuberkuliden erzielen läßt. Seit dieser Zeit wurden viele Fälle von sogenannten Tuberkuliden mit diesem oder einem ähnlichen Präparat behandelt. Unsere bezüglichen Erfahrungen können wir im folgenden kurz zusammenfassen.

Digitized by Google

Modenol ist eine Lösung des Arsen-Quecksilbersalizylats, welches 0,6% Arsen und 0,4% Quecksilber enthält. Das Mittel, das bisher in der Syphilistherapie angewendet wurde, wird jeden zweiten Tag in die Glutealgegend injiziert, verursacht absolut keine Schmerzen und kann ohne Schädigung des Gesamtorganismus benutzt werden. Bei Lues wirkt es besonders günstig, eine noch promptere Wirkung konnte auch bei einigen Tuberkuliden beobachtet werden. In letzter Zeit haben wir statt des Modenols ein von der hiesigen chemischen Fabrik „Chinoin" hergestelltes ganz ähnliches Präparat Intrasol benutzt, das als 4%ige sterile Lösung in 2,2 ccm enthaltenden Ampullen in den Verkehr gebracht wird und 1% Quecksilber und 0,6% Arsen enthält. Anfangs gaben wir von beiden Mitteln nur 1 ccm, gingen jedoch später auf 2 ccm hinauf, welche Menge wir in den meisten Fällen dreimal wöchentlich, manchmal täglich verabreichten; einigemal stiegen wir auch noch zu bis höheren Dosen.

Erythema indurativum Bazin (5 Fälle). Die Wirkung war eine besonders auffallende. Die Fälle wurden mit 15 bis 25 Injektionen geheilt. Die indurierten Knoten reagierten schon nach den ersten Injektionen; sie wurden kleiner und bildeten sich ohne Einschmelzung zurück. Nach der Behandlung blieb eine Atrophie zurück. Rezidive haben wir nur einmal beobachtet und zwar in folgendem Fall:

Frau M. A., 27 Jahre alt, zwei Geschwister an Tuberkulose gestorben. Seit sechzehn Jahren bestehende Knoten auf beiden Unterschenkeln. Einige heilten nach 6 bis 7 Monaten von selbst, andere frische Nachschübe kamen jedoch besonders im Sommer wieder. Seit neun Jahren wegen Lungenspitzenkatarrh in Behandlung, in letzter Zeit auch mit Tuberkulininjektionen behandelt. Bei dieser Pat. wurde die Modenolbehandlung schon vor $1^1/_2$ Jahren wegen Erythema indurativum angewendet, nach 20 Modenolinjektionen wurden damals sämtliche Herde mit Hinterlassung von Atrophie geheilt. $1^1/_4$ Jahre nach der Entlassung bekam die Pat. frische Schübe auf der Glutealgegend und Dorsalseite beider Unterschenkel. Wir haben mit einer neuen Behandlung eingesetzt. Bei dieser zweiten Behandlung der Rezidiverscheinungen ging die Behandlung schon langsamer von statten. Die Knoten reagierten zwar gut auf das Modenol, doch war der Heilungsprozeß zu der ersten Behandlung protrahiert. Während der Behandlung sahen wir sogar sich einen neuen Knoten bilden, der bei der Behandlung jedoch zurückging, doch ebenfalls in viel langsamerem Tempo, als ähnliche andere Erscheinungen.

Lichen scrofulosorum (4 Fälle). Ein Pat. brauchte nur 3 Injektionen zur vollständigen Heilung, die anderen wurden nach 10 bis 15 Injektionen geheilt.

Eine Beeinflussung der übrigen tuberkulösen Prozesse der Pat. (Lymphoma, Apizitis usw.) konnte nicht festgestellt werden. Die Effloreszenzen heilten bei allen Fällen mit Hinterlassung von Pigmentation. Interessant war, daß bei drei Fällen nach der ersten Injektion die Plaques hyperämisch wurden, nach den folgenden Injektionen waren diese schon blasser und trockener geworden. Die Erscheinung kann als Analogie der Jarisch-Herxheimerschen Reaktion angesehen werden.

Erythema nodosum (4 Fälle). Die seit 3 bis 20 Tagen bestehenden Knoten wurden nach zwei Injektionen schmerzlos, nahmen eine lividblaue Farbe an, auf weiterfolgende Injektionen verschwanden die Infiltrationen und stellte sich — so wie bei normalem Rückgang — eine Desquamation der Herde ein, manchmal verbunden mit einer passiven Hyperämie derselben. Sämtliche Fälle wurden innerhalb 10 Tagen geheilt.

Lupus erythematodes (4 Fälle). Von besonderem Interesse war, daß die Herde von Lupus erythematodes auf diese Behandlung überhaupt nicht reagiert haben. Bekanntlich gehört der Lupus erythematodes zu den hartnäckigsten sogenannten Tuberkuliden. Doch das Erythema induratum, das manchmal auch einige Jahre lang besteht, ohne sich zurückzubilden, ebenso die mit frischen und ebenfalls chronisch verlaufenden Schüben, reagierten auf unsere Behandlung gleich; bei Lupus erythematodes war jedoch nichts zu erreichen. Wir wollen uns hier nicht in die Ätiologie des Lupus erythematodes einlassen, er scheint auch keine einheitliche Ätiologie zu besitzen. Die Behandlung mit Quecksilber-Arsenpräparaten ist sicher keine spezifische, doch war das fast refraktäre Verhalten gegenüber den Lupus erythematodes-Fällen ganz aufallend.

Parapsoriasis (6 Fälle), und zwar bei allen drei Formen dieser Hauterkrankung. Darunter befanden sich zwei besonders hartnäckige Fälle:

K. L., 40 Jahre alt, bei dem eine vor 5 Jahren akquirierte luetische Infektion vorgelegen war, die längere Zeit mit Quecksilber und Salvarsan behandelt wurde. Drei Monate nach der letzten antiluetischen Behandlung zeigten sich in einigen Nachschüben braunrote, hanfkorn- bis linsengroße, leicht erhabene, mit feinen Schuppen, hier und dort mit Lamellen bedeckte Papeln im Gesicht, auf dem Stamm und an beiden Streck-

Digitized by Google

seiten der oberen Extremitäten, sowie an den Handrücken. Das Exanthem trat symmetrisch auf und verursachte nur ganz geringes Jucken. Nachdem die klinischen Erscheinungen dem Parapsoriasis lichenoides entsprachen (Seroreaktion negativ), gaben wir dem Kranken, um jeden Zweifel auszuschließen, einige Neosalvarsan- und Neosilbersalvarsaninjektionen, die jedoch hinsichtlich der Hauterscheinungen ganz wirkungslos verliefen. Jodkali blieb ebenfalls resultatlos. Die nach kurzer Pause eingesetzte Injektionsbehandlung mit Modenol brachte schon nach der dritten Injektion eine auffallende Rückbildung des Exanthems; nach einigen weiteren Injektionen waren die Hauterscheinungen vollständig geschwunden.

M. L., 26 Jahre alt, hat seit sechs Jahren eine Parapsoriasis lichenoides auf dem ganzen Stamm und wurde von anderer Seite mit den verschiedensten Mitteln (Salben, Injektionen mit Pilokarpin) erfolglos behandelt. Die Erscheinungen gingen nach der dritten Modenolinjektion merkbar zurück und waren nach der zehnten Injektion gänzlich geschwunden.

Beiden andern Fällen, wo das Exanthem nicht so lange bestand und weniger infiltriert war, war die Wirkung des Modenols und des Intrasols noch auffallender.

Wir wollen an dieser Stelle die Pathogenesie nicht eingehend erörtern, daher auch nicht die Frage, ob diese als atypische Erscheinungen der Hauttuberkulose, d. h. als Tuberkulide, mit Recht gelten können. Bisher wurden ganz verschiedene Mittel bei der Behandlung dieser Erscheinungen angewendet (Salbenbehandlungen, Resorzin, Salizyl, Quecksilber, Alttuberkulin, Arsen, Salvarsan, Pilokarpininjektionen, allgemeine roborierende Behandlung usw.). Zweifellos ergaben sich auch bei diesen therapeutischen Eingriffen in manchen Fällen ganz gute Erfolge, doch darf nicht vergessen werden, daß sich diese Hauterscheinungen von selbst zurückbilden, wenn sich diese spontane Heilung gewöhnlich auch erst nach längerer Zeit, manchmal nur nach jahrelangem Bestand der Krankheit einstellt. So kann eben nicht entschieden werden, ob die therapeutische Wirkung nicht mit der eben eingetretenen spontanen Rückbildung der Erscheinung zusammenfällt. — Die Wirkung der Quecksilber-Arsenpräparate ist jedoch eine ganz andere. Die Erscheinungen flachen schon nach 1 bis 2 Injektionen ab und verschwinden dann manchmal mit Hinterlassung von Pigmentbildung oder atrophischen Stellen, wohl auch oft spurlos. Weder das Arsen, auch in Salvarsanform nicht, noch das Quecksilber (Salbenbehandlung, Kalomel, Sublimatinjektionen) konnten gleiche Resultate erzielen wie die glückliche Verbindung des Quecksilbersalizylats mit Arsen. Wahrscheinlich wird durch das von uns angewandte Mittel eben eine günstige Protoplasmaaktivierung im Sinne von Wrichardt erreicht.

Es ist möglich, daß bei der Behandlung der Syphilis mit Quecksilber dieses im Organismus nur auf immunbiologische Weise wirkt, da das Quecksilber nach den bezüglichen Untersuchungen (Ehrlich, Kolle, Mulzer u. a.) im Organismus selbst keine spirillozide Wirkung auszuüben imstande ist, auch bei unseren Fällen das zur Geltung gelangende Quecksilbersalizylat in ähnlicher Weise wirkt. Das heißt durch die Erhöhung der immunbiologischen Vorgänge im Organismus. Diese Wirkung wird wahrscheinlich noch durch die roborierende Wirkung des gleichzeitig vorhandenen Arsens erhöht, was sich in eklatanter Weise bei der Rückbildung der Hauterscheinungen in den angegebenen Fällen äußert.

Aus der Universitätsklinik und Poliklinik für Hautkrankheiten zu Greifswald
(Vorstand: Prof. W. Schönfeld).

Ist Guido Baccelli „der Schöpfer" der intravenösen Art der Zuführung von Arzneimitteln, insbesondere auch der intravenösen Behandlung der Syphilis gewesen?

Von

Prof. W. Schönfeld.

Wenn jemand geneigt wäre, eine von unseren heute gebräuchlichen Arten der Zuführung von Arzneimitteln für „neuzeitlich bzw. neuartig" zu halten, so würde er wohl am ehesten das von der intravenösen Anwendungsweise glauben, jene Art, die gerade durch das Salvarsan die größte Verbreitung erlangt hat.

Digitized by Google

Läßt sich nun in der neueren Literatur einer der Forscher gelegentlich nebenher über den Ursprung der intravenösen Behandlung bei Syphilis aus, so wird für gewöhnlich der römische Kliniker Guido Baccelli als der Schöpfer dieser Art genannt (z. B. Gutmann u. a.), und zwar deswegen, weil er im Jahre 1893 bzw. 1894 die intravenöse Sublimatbehandlung der Syphilis angegeben und ausgeführt hat, abgesehen von der intravenösen Behandlung von Arzneimitteln[1]) bei anderen Krankheiten (Malaria usw.).

Ist er wirklich der Begründer der intravenösen Zuführung von Arzneimitteln gewesen?

Landerer schrieb in seiner 1898 bei F. C. W. Vogel in Leipzig erschienenen Monographie „Die Behandlung der Tuberkulose mit Zimtsäure" auf S. 66: „Die intravenöse Injektion zur Einverleibung von Medikamenten direkt in das Blut habe ich schon vom Herbst 1882 am Tiere, vom Jahre 1884 an — zunächst allerdings nur in wenig zahlreichen Fällen — am Menschen geübt. Die erste Publikation erfolgte im Jahre 1888 in der M. m. W., Nr. 40—41.

Einen Sonderabdruck habe ich auch an Prof. Baccelli in Rom gesandt[2]). Die intravenöse Injektion ist daher von mir schon Jahre vor der Baccellischen intravenösen Sublimatinjektion veröffentlicht worden."

Landerer selbst arbeitete damals (1888) mit Einspritzungen von Perubalsamemulsionen zur Behandlung der Tuberkulose.

Ebstein[3]) schreibt nun: „Baccelli, der häufig als Erfinder derselben Methode genannt wird, entnahm sie einem von Landerer ihm zugeschickten Sonderabdruck."

Dies wird sich wohl kaum derart einwandfrei entscheiden lassen.

Wer weiß, ob Baccelli den Sonderabdruck von Landerer gelesen hat? Die Überschrift der Landererschen Arbeit lautet: „Eine neue Behandlungsweise tuberkulöser Prozesse", und daraus geht die intravenöse Behandlung nicht hervor. Sie wird auch nur vorübergehend an nicht gerade auffallender Stelle erwähnt.

Die Möglichkeit, daß Baccelli von Landerer diese Methode entlehnt hat, wäre jedoch gegeben, aber ebensogut könnte Baccelli von allein darauf gekommen sein oder die frühere Literatur darüber gekannt haben.

Landerer selbst erwähnt auch nur die Tatsache des Sendens des Sonderabdruckes, ohne ausdrücklich die Frage aufzuwerfen, ob Baccelli diese Methode daraus entnommen habe.

Jedenfalls ist die intravenöse Zuführung von Arzneimitteln älter als die Angaben von Landerer und Baccelli.

Dies ist ebenfalls Landerer selbst bekannt, er persönlich bringt ja eine Stelle aus der unter seiner Leitung verfaßten Doktordissertation von K. Spiro: „Über die entzündungserregende Eigenschaft der Zimtsäure" (Diss., Leipzig 1893), zum Beweis dafür.

Spiro schrieb dort unter anderem: „Überblickt man ein chirurgisches Lehrbuch aus der ersten Hälfte unseres Jahrhunderts, z. B. das des weiland Heidelberger Prof. Chelius, so erstaunt man, wie oft dort die intravenöse Applikation für Arzneimittel empfohlen wird, die wir heute gewöhnt sind, nur per os oder subcutan zu applizieren, z. B. Opium und Morphium. Blickt man weiter zurück in der medizinischen Literatur, so sieht man, daß intravenöse Infusionen in früherer Zeit außerordentlich häufig gemacht

---

[1]) Ich sehe bei den folgenden Ausführungen von den intravenösen Bluttransfusionen (Tier- oder Menschenblut, artfremden oder arteigenen Blut) vollkommen ab. Auch diese Transfusionen sind wieder ganz „modern". Hier möchte ich nur auf eine Arbeit von P. L. Panum aus dem Jahre 1863 verwiesen haben, der sich ausführlich mit den Transfusionen beschäftigt. Dort findet man auch die ältere Literatur über diesen Gegenstand und vor allem ist dort die wichtige Schrift angeführt: P. Scheel: „Die Transfusion des Blutes und Einsprützung der Arzeneyen in die Adern", erschienen 1802/03 in Kopenhagen, 2 Bände; die zweite Auflage, fortgesetzt von J. F. Dieffenbach, erschienen 1828 und verlegt bei Enslin, Berlin.

Die erste Auflage wird auch von Ebstein (1915) ausführlich erwähnt.

Ja, wenn man Dupuy glauben darf, so kannten die alten Ägypter schon Bluttransfusionen. Diese Arbeit kenne ich aber nicht im Original, sondern nur aus einem Referat in Schmidts Jahrbüchern (siehe Literatur). Bluttransfusion und intravenöse Injektionen von Arzneimitteln wurden früher häufig zusammengeworfen. — [2]) Von mir gesperrt. — [3]) Ebstein beruft sich dabei auch in einer Fußnote auf E. Franck: Die intravenöse Injektion und ihr gegenwärtiges Anwendungsgebiet. Zschr. f. ärztl. Fortb., 1905, Nr. 22.

Digitized by Google

und von Männern empfohlen wurden, vor deren Können und Beobachten man Respekt zu haben allen Grund hat. Ich erwähne an dieser Stelle nur, daß Hufeland Opium, Kampfer (!), Tartar. emet., Froriep Belladonnopräparate, Hertwig Gummischleim, ja sogar atmosphärische Luft, Magendie und Haller Wasser, Percy und Laurent Datur. Stramon., Rust und Ideler Strychn. nitr. und endlich Latta Lösungen von Kochsalz und kohlensaurem Natron in die Venen des menschlichen Körpers injizieren ließen."

So weit Spiro.

Nimmt man ein medizinisches Werk der inneren Medizin aus der ersten Hälfte des verflossenen Jahrhunderts, wie z. B. das Handbuch der medizinischen Klinik des weiland Erlanger Klinikers Canstatt vor (verlegt von Ferdinand Enke, Erlangen 1843), so kann man ebenfalls, wie schon aus dem Zitat Spiros entnommen werden muß, auf verschiedene Angaben über die intravenöse Zuführung von Arzneimitteln stoßen, so z. B. bei der Cholera asiatica;

Canstatt schreibt darüber:

„Man hat die Auslösung der Neutralsalze selbst unmittelbar in den Venen zu injizieren gesucht. Mackintosh[1]) in Edinburg wendet hierzu eine Lösung von $1\frac{1}{2}$ Unzen und 4 Scrubel kohlensaures Natron in 10 Pinten Wassers von einer Temperatur zwischen 105—120° F an: die Injektion wurde langsam gemacht, so daß für die allmäliche Einbringung der 10 Pinten $\frac{1}{2}$ Stunde verwendet wurde. Unmittelbar nach der Injektion hebt sich der Puls und die Körperwärme kehrt zurück, die Krämpfe lassen nach, die Haut wird feucht, der Zustand des Kranken bessert sich auffallend, selbst die Harnsekretion stellt sich wieder ein. Leider dauert aber diese Besserung nicht lange; die Ausleerungen dauern fort und bald verfällt der Kranke wieder in den früheren trostlosen Zustand. Unter 156 auf diese Weise behandelten Kranken, die freilich alle in einer hoffnungslosen Lage gewesen sein sollen, kamen nur 25 davon, ein Resultat, welches nicht zur Nachahmung auffordern kann."

Auch diese Art der Cholerabehandlung ist seinerzeit bei der Hamburger Choleraepidemie 1892 von Sick und Rieder, allerdings mit NaCl-Infusionen, wieder angeregt worden. Es wurden über ihre Wirkungsweise dieselben Beobachtungen dabei gemacht, wie sie Canstatt bzw. Mc Intosh anführten.

Rumpf bemerkt in seiner Arbeit aber gleichzeitig, daß diese Art der Behandlung von Kühne und von Gräfe 1866, und in Hamburg wahrscheinlich schon 1832 versucht worden sei.

Weiter kann man bei Canstatt in dem Kapitel „Trismus und Tetanus" lesen, daß gegen diese Erkrankungen von Percy und Laurent[2]) Opium intravenös „mit gutem Erfolge" versucht wurde.

Canstatt schreibt dazu: „Da die Narkotika zu ihrer Wirkung auf die Zentralorgane nur mittels der Aufnahme ins Blut gelangen und diese von den Digestionsorganen aus durch Absorption schwierig stattzufinden scheint, so dürfte die direkte Einverleibung des Narkotikums in den Kreislauf vieles für sich haben."

Von Einzelabhandlungen aus jener Zeit, die sich noch mit der intravenösen Zuführung von Arzneimitteln beschäftigen, sei hier an die Arbeit des Physikus Aggens in Tönningen erinnert. Er beschreibt unter dem Titel: „Merkwürdiger Fall von Lebensrettung durch Einspritzung von Brechweinsteinlösung in die Venen" wie er bei einer 44jähr. hysterischen Frau, der ein größeres Kartoffelstück in der Speiseröhre stecken geblieben, dieses durch wiederholte Einspritzung von Brechweinsteinlösung in die Venen entfernen konnte.

Ja, ganz „modern" muten uns die intravenösen Milcheinspritzungen an, die zur Behandlung des Scheintodes, allerdings nur empfohlen werden (Canstatt), ebenso Terpentineinspritzung in den Uterus (allerdings nicht intravenös, sondern örtlich) zur Behandlung des Ausflusses (Cattell).

Bei den Geburtshelfern der damaligen Zeit finden auch intravenöse Einspritzungen von kaltem Wasser in die Nabelvene bei Nachgeburtsverzögerung ihre Anwendung, die sogenannten Mojonschen Einspritzungen.

Sie werden u. a. ausgeführt von X. Martin (1834), de Berghes (1837) u. a., sie sind gewissermaßen die Vorläufer des Credéschen Handgriffes.

Auch bei den Franzosen und Engländern hat man sich damals und früher mit der intravenösen Zuführung von Arzneimitteln beschäftigt, das zeigen die verschiedenen Arbeiten Dupuys u. a., der Engländer Blake studierte ihre Wirkung besonders an Tierversuchen.

---

[1]) Ich zitiere mit den Schreibfehlern. — [2]) Journ. des progrès de Sc. méd., 1830.

Digitized by Google

Die umfangreichste Zusammenstellung der ganzen Literatur bis zum Anfang des 19. Jahrhunderts (einschließlich der Transfusionen) findet sich in dem schon oben erwähnten Werke von P. Scheel. In ihm ist auch ein Fall angeführt, der uns als Syphilidologen besonders fesselt, nämlich die intravenöse Behandlung eines Syphilitikers aus dem Jahre 1665 durch den Danziger Stadtphysikus Fabritius bzw. Schmidt.

Ebstein bringt ebenfalls diese Angabe.

Es heißt bei Scheel (S. 220 f.):

„Einem von der Lustseuche hartnäckig angegriffenen Soldaten, der schon mehrmals, aber vergebens sich der Kur unterworfen und jetzt Löcher an den Beinen, Geschwulst und Kontraktur des rechten Armes hatte, und an heftigen Kopfschmerzen litt, die beim Berühren des Kopfes zunahmen, spritzte man im dortigen Hospitale gegen das Ende des Jahres 1665 einen gewissen Liquor (acht Gran Scammoniumharz in drei Drachmen Essent. Guajaci aufgelöst) in die Adern. Innerhalb Tag und Nacht verlor sich der Schmerz am Haupte und die Geschwulst und Lähmung des Armes gänzlich, auch heilten die Löcher ohne andere Mittel in zwei bis drei Tagen." Scheel bringt dann noch weitere Beispiele dafür, daß die intravenöse Einspritzung bei Syphilitikern in den folgenden Jahren im Danziger Hospitale fernerhin ausgeübt wurde.

In M. Ettmüllers Doktorthese (zit. nach Ebstein, Leipzig 1668), § 5, heißt es darüber:

„Dantisci, in nosocomio publico militi lue ♁ea (venerea) inveterata cum ulceribus in tibiis, tumore brachii dextri, doloribus capitis horrendis, cum gummatis seu nodis in ossibus laborante, resinae scammon. gr. vij. dissolutae in Ess. Guajac. ad ʒ iii infusa fuere, unde insequente vomitu substanca omnium symtomatum 24 horarum spatio remisso, et post triduum ulcerum coalitio secuta fuit."

Ob der Danziger Stadtphysikus allein auf diese Art der Behandlung gekommen ist, oder ob er den grundlegenden Gedanken einer in dem Jahre 1665 erschienenen Schrift des kurfürstlich brandenburgischen Leibarztes Joh. Sigismund Elzholz[1]) (1623—1688), welche folgenden Titel führte:

Clysmatica nova sive Ratio, qua in venam sectam medicamenta immitti possunt, ut eodem modo ac si per os assumta fuissent operentur: in animantibus per drastica, in homine per leniora hactenus probata et adserta. Berol. Ex. Typogr. Rungiana Sumt. Dan. Reichelii 1665, 16 pag.; 8. min., oder anderswoher entnommen hat, muß dahingestellt bleiben.

Auffallend ist jedenfalls, daß es dasselbe Jahr ist, in dem die erste Auflage der Elzholzschen Schrift erschien, eine zweite vermehrte Auflage erschien bereits im Jahre 1667. Die Möglichkeit, daß Fabritius sie gekannt hat, ist also gegeben.

Das Original dieser Schrift selbst hat mir nicht vorgelegen. Ich habe aber den Titel aus einem Referat über eine Arbeit von Busse: Über Infusion, ein historisches Kuriosum, erfahren.

Busse selbst kam zufällig in den Besitz des Elzholzschen Schriftchens, schildert dieses und beschreibt in der eben erwähnten Arbeit auch seinen Inhalt.

Aus den vorliegenden kurzen Ausführungen ersehen wir also, daß die intravenöse Behandlung mit Arzneimitteln keineswegs eine neuzeitliche ist, ja, daß man sie bei allen möglichen Erkrankungen und so auch bereits bei Syphilis früher angewandt hatte.

Sie ist aber trotz dieser Ansätze immer wieder vergessen worden und hat sich erst allgemein durchsetzen können, als die Zeit dazu reif war, das heißt, als in dem Salvarsan ein Mittel für eine verbreitete Krankheit, wie es die Syphilis ist, gefunden wurde, welches man ohne ernstliche Nebenerscheinungen erfolgreich intravenös geben konnte.

Es ist also weder Baccelli noch Landerer „der Schöpfer" der intravenösen Behandlung.

Beiden gebührt aber das fraglose Verdienst, auf sie zurückgegriffen bzw. sie von neuem eingeführt zu haben, und Baccelli hat noch das besondere, sie bei Syphilis wieder angewendet zu haben. Seitdem hat sie sich auch endgültig durchgesetzt.

Literatur.

Aggens, Merkwürdiger Fall von Lebensrettung durch Einspritzung von Brechweinsteinlösung in die Venen. Pfaffs Mitt., 1835, Jahrg. 1, H. 1 u. 2. — Baccelli, G., Le iniezioni endovenose di sublimato corrosivo. Conferenza clinica raccolta dallo studente Filiberto Unariani. Gazzetta degli Ospitali, 1893, Nr. 95, S. 995. — Baccelli, G., Über intravenöse Injektionen mit Sublimat. B. kl. W., 1894, Nr. 13, S. 301. — de Berghes,

[1]) Nähere Inhaltsangaben sind bei Ebstein zu finden.

Digitized by Google

Über Einspritzungen in die Blutader des Nabelstranges. Caspers W., 1837, Nr. 26. — Blake, J., Beobachtungen über die physiologischen Wirkungen verschiedener, in den Blutumlauf gebrachter Stoffe, mittels des Hämadynameters. Edinburgh J., 1839, Nr. 139: Ref. Schmidts Jahrb., 1840, Bd. 27, S. 14. — Busse, Über Infusion, ein historisches Kuriosum. Hufelands J., 1841, S. 6; Ref. Schmidts Jahrb., 1842, Bd. 34, S. 144. — Canstatt, C., Handbuch der medizinischen Klinik. Verlag von Ferd. Enke, Erlangen 1845, II. Auflage, Bd. 1, S. 437. Kap. Orientalische Cholera. — Canstatt, C., Handbuch der medizinischen Klinik. Verlag von Ferd. Enke, Erlangen 1845, II. Auflage, Bd. 4, II. Abtl., S. 153, Kap. Scheintod. — Canstatt, C., Handbuch der medizinischen Klinik. Verlag von Ferd. Enke, 1843, II. Auflage, Bd. 3, S. 251, Kap. Trismus und Tetanus. — Cattel, Th., Über einige Injektionsformeln bei Behandlung von Affektionen der Urethra, Scheide und des Uterus. The Lancet, Dez. 1845; Ref. Schmidts Jahrb., 1846, Bd. 50, S. 163. — Dupuy, Versuche über die Einspritzungen von Gehirnmaterie in die Venen des Pferdes. Akademie der Medizin in Paris, Sitzung vom 18. Febr. 1834. Ref. Schmidts Jahrb., 1834. Bd. 3, S. 262. — Dupuy, Von der Wirkung, welche die Einspritzung verschiedener Substanzen in die Venen auf das Blut hervorbringt. Erste Abhandlung. Historischer Teil. Censeur méd., April 1834. Ref. Schmidts Jahrb., 1834, Bd. 48. 276. — Ebstein, E., Zur Entwicklung der intravenösen Injektionstherapie. Ther. Mh., 1915, Bd. 29, S. 211 (Literatur und Abbildungen). — Elzholz, Joh. Sigism., Clysmatica nova sive Ratio, qua in venam sectam medicamenta immitti possunt usw. (s. Text). Berol. Ex. Typogr. Rungiana. Sumt. Dan. Reichelii, 1665, 16 pag., 8 min. — Gutmann, C., Über intravenöse Injektionen mit Toxynon, einem neuen Quecksilberpräparat bei Syphilitischen und Nichtsyphilitischen. Vortrag, gehalten im Verein der Ärzte Wiesbadens am 18. Juni 1913. B. kl. W., 1913, Nr. 34—35, S. 1561—1615. — Gutmann, C., Über intravenöse Injektionen mit Toxynon, einem neuen Hg-Präparat, bei Syphilitikern und Nichtsyphilitikern. Vortrag, gehalten im Verein der Ärzte Wiesbadens, Sitzung vom 4. Juni 1913. Ref. B. kl. W., 1913, Nr. 31, S. 1459. — Landerer, A., Eine neue Behandlungsweise tuberkulöser Prozesse. M. m. W., 1888, Nr. 40—41, S. 667—691. — Landerer, A., Die Behandlung der Tuberkulose mit Zimtsäure. Verl. von F. C. W. Vogel, Leipzig 1898. (Hier Literatur über Landerers weitere Arbeiten.) — Martin, X., Anwendung der Mojonschen Einspritzungen in die Nabelvene bei Nachgeburtsverzögerungen. Neue Zschr. für Geburtskunde, Bd. 1, Nr. 2. — Panum, P. L., Experimentelle Untersuchungen über die Transfusion, Transplantation oder Substitution des Blutes in theoretischer und praktischer Bedeutung. Virchows Arch., 1863, Bd. 127, S. 240—433, daselbst auch ältere Literatur. — Rumpf, Die Behandlung der Cholera im Neuen Allgemeinen Krankenhause zu Hamburg. D. m. W., 1892, Nr. 39, S. 877. — Spiro, K., Über die entzündungserregenden Eigenschaften der Zimmtsäure. Leipziger Inauguraldissertation 1892/93. — Scheel, P., Die Transfusion des Blutes und Einsprützung der Arzeneyen in die Adern. Kopenhagen 1802/03. (Ältere Literatur.) — Scheel, P., Die Transfusion des Blutes usw., fortgesetzt von J. F. Dieffenbach. Verlegt bei Enslin, Berlin 1828, II. Auflage.

Versammlungen.

Wiener Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 4. Mai 1922.

Vorsitzender: Nobl. Schriftführer: Kumer.

Ullmann: **Nachruf auf Alfred Blaschko.**

Krüger (Abt. Oppenheim): **1. Miliare Tuberculosis pharyngis.** Bei dem 33jähr. Pat. begann vor 9 Wochen die Erkrankung mit Schluckbeschwerden. Linke Tonsille, Uvula, linker Gaumenbogen und die Gegend des harten Gaumens lividrot verfärbt, geschwellt, verdickt, von sulzigem Aussehen und mit hirsekorngroßen, perlgrauen Knötchen durchsetzt. Die Affektion geht allmählich in die gesunde Mundschleimhaut über. Nirgends eine Ulzeration, keine Halsdrüsen. Weder im Sputum noch an der Tonsille Tuberkelbazillen nachweisbar. Pirquet positiv.

2. Lichen scrofulosorum im Anschluß an Purpura simplex. Der 13jähr. Pat. erkrankte vor 3 Wochen an ausgedehnter Purpura, die fast vollständig zurückging. Innerhalb weniger Tage entwickelte sich typischer Lichen scrofulosorum in der Kreuzbeingegend, an den seitlichen Brustpartien und in der Bauchgegend zahlreiche stecknadel-

Digitized by Google

spitz- bis hanfkorngroße, teils isoliert, teils in Gruppen stehende Knötchen. Pirquet stark positiv. In der rechten Halsgegend mächtige Lymphdrüsenschwellung.

3. **Urticaria chronica recidivans.** Das Leiden begann bei dem 62jähr. Pat. vor 10 Jahren. Die Haut über Bauch und Brust verdickt und von bis hellergroßen Quaddeln durchsetzt. An den Extremitäten ausgedehnte Lichenifikation. Stark ausgeprägter Dermographismus, intensiver Juckreiz. Pat. wurde mit Afenil und Chlorkalzium behandelt, worauf der Juckreiz schwand, während die Hautveränderungen nur geringe Veränderungen zeigten.

Porias hebt hervor, das Afenil geeignet sei, Salvarsanschäden zu verhüten, bzw. Salvarsankuren bei überempfindlichen Pat. zu ermöglichen.

Arzt fragt nach den Erfahrungen, die im allgemeinen mit der Kalzium- resp. Afenilbehandlung gesammelt werden konnten. Gerade bei rheumatischen Affektionen müsse er, bei Betonung der Unschädlichkeit des Medikamentes feststellen, daß die therapeutischen Wirkungen des Afenil recht gering gewesen sind.

4. **Lichen planus mit Übergangsformen zum Lichen acuminatus.** Am Stamme sowie an der Innenfläche der Extremitäten dicht gesät Effloreszenzen von Stecknadelspitz- bis Fingernagelgröße, die zentralen Partien viel dichter gestellt und auch in ihrer Größe bedeutender als die peripheren. Die Mehrzahl flach, wachsglänzend, polygonal, gelb- bis braunrot, an vielen Stellen gedellt, hier und da ein kleines Schüppchen. Die periphersten Teile über Schultern und Hals zeigen nur follikulär gestellte, runde, wachsglänzende Effloreszenzen, die zum Teil Lichen-pilaris-Knötchen gleichen, über Klavikeln und Hals reihenförmig angeordnet. An den unteren Extremitäten mehr flächenhafte, braunrote Erhabenheiten mit warziger Oberfläche und deutlicher Furchenbildung. Hier eine festhaftende, kleinlamellöse Schuppung. An der Innenseite des Oberschenkels Knötchen und flache Papeln, hellrot, zu Gruppen vereinigt, in streifenförmiger Anordnung, zum Teil in Längsrichtung, zum Teil, besonders über den Ellenbogen, in Querrichtung. Palmae und Plantae trocken, leicht schilfernd. Mundschleimhaut, behaarter Kopf und Nägel frei.

Oppenheim: 1. **Lupus erythematosus chronicus acneiformis.** 56jähr. Frau. Hinter dem Ohre rechts und vor ihm scheibenförmige Herde mit zentraler Narbenbildung, umgeben von dichtgedrängten Komedonen, die von roten Flächen begrenzt werden. Haare im Bereich der Herde fehlen, ebenso am Scheitel, in fünfkronenstückgroßer Ausdehnung, woselbst fettige Schuppen über erweiterten Follikeln lagern. Beginn der Affektion mit Komedobildung sehr selten. Vielleicht Beziehungen zum Lupus erythematosus acneiformis Hardy.

2. **Keratodermia symmetrica disseminata papulosa palmaris et plantaris.** 30jähr. Magd, pastöser Habitus, seit 7 Monaten keine Menstruation, Dermographismus, Urticaria recidivans, Stigmata der Hysterie. Auf Handtellern und Fußsohlen stecknadelkopf- bis linsengroße, gedellte, gelbliche, harte Papeln, die man besser fühlt als sieht. Einzelne verschwanden während der Beobachtungszeit, einzelne traten auf und dellten sich.

Arzt hat einen Fall gesehen, bei dem außer den Händen auch die Füße befallen waren und bei welchem nach Angabe der Pat. auch die Mutter die gleiche Erkrankung aufweist.

Oppenheim: **Berufskrankheit der Haut durch Glaserkitt.** 55jähr. Glaser. Gesicht und behaarter Kopf bedeckt mit fluktuierenden bis haselnußgroßen Abszessen. Zahlreiche Aknepusteln und Komedonen. Diffuse Braunfärbung des Gesichtes und Halses. Feinwarzige Beschaffenheit der Nase und Wangen. Ähnlichkeit mit Pechhaut oder Schmierölveränderung. Ursache ist der Glaserkitt, zusammengesetzt aus Schlemmkreide, Leinöl und Firnis. Es scheinen unreine Materialien zur Bereitung des Glaserkittes verwendet zu werden, da der Kitt sehr fest ist und stark nach Petroleum und Schmierölen riecht. Pat. leidet auch an Acne conglobata und indurata des Körpers; vielleicht liegt darin die Disposition.

Hellmann: 1. **Rhinoskleromartiger Lupus.** 70jähr. Frau zeigt die Nase in der Gegend der Knorpel-Knochengrenze tonnenförmig knochenhart aufgetrieben. Haut nur zum Teil verändert, eingenommen von einem, sich deutlich aus Knötchen zusammensetzenden, bräunlichroten Infiltrat, das an einer Stelle zu einem Geschwür zerfallen ist. Von hier aus führt ein Fistelgang in das Innere der Nase. Im knorpeligen Septum eine ausgedehnte Perforation, deren Ränder von massigen Granulationsbildungen bedeckt sind.

2. **Lichen ruber planus.** 26jähr. Mädchen mit Hautveränderungen, deren Beginn auf 15 Jahre zurückreicht. Man sieht im Gesicht auf den Handrücken und den Streckflächen der Vorderarme kaffee- bis schwarzbraune, hanfkorngroße Pigmentflecke, ver-

Digitized by Google

ästelte und angiomatöse Gefäßerweiterungen, weiße, atrophische Stellen mit linsengroßen, markigen Auflagerungen. Stirn, Nasenrücken, Wangen und Lippen sind Sitz zahlreicher bis über bohnengroßer, glänzender Kankroide und oberflächlich zerfallener Epitheliome. Pat. ist Feldarbeiterin aus Niederösterreich. Mehrere Geschwister bieten keinerlei Veränderungen. Die Untersuchung auf sensibilisierende Substanzen in Blut und Harn negativ.

Unterkirchner (Abt. Kren): **Zentral nekrotisierender luetischer Bubo bei sekundärer Lues.** 38jähr. Pat. mit Sklerose und papulösem Exanthem, links typische, Skleradenitis, rechts ein hühnereigroßer zirkumskripter Bubo mit bräunlicher Hautverfärbung. Kuppe in der Größe eines Taubeneies fluktuierend. Über den Bubo zieht schräg eine Narbe nach Herniotomie. Punktat des Bubo auf Agar steril. Inokulation negativ. Außerdem anamnestisch Ulcus mixtum auszuschließen. Mithin luetischer Bubo, dessen aseptische Nekrobiose durch gestörte Blutzufuhr (Narbe) bedingt ist.

Perutz: **Lupus erythematodes.** Bei einer 67jähr. Pat. vor 1 Jahre ein kleinmünzengroßer Herd von Lupus erythematodes am Nasenrücken. Vor 12 Jahren Hämoptoe.

Brünauer (Abt. Ehrmann): **Neurodermitis generalisata und Erythema multiforme.** An der Streckseite der Vorderarme und Hände Erythema multiforme, Zentrum livide verfärbt. An Stamm, Extremitäten und Gesicht mattrote, papelartige Efflureszenzen, die in ihrer Umgebung die blässeren, polygonalen, facettierten, zum Teil zerkratzten Knötchen des Stadiums der Lichenifikation aufweisen. Das Gesicht, besonders die Nase, stark schuppend, rissig, Hautzeichnung deutlich vergröbert. Lichenifikation auch am übrigen Körper. Die Affektion besteht bei der 42jähr. Pat. seit früher Jugend, das Erythem erscheint seit 2—3 Jahren zu bestimmten Zeiten.

Arzt demonstriert hierzu einen wenigstens im Gesicht ähnlichen Fall einer 42jähr. Frau, die 1914 mit Gesichtsekzem in Behandlung gewesen. In letzter Zeit juckende Knötchen und Knoten an Oberlippe, Nase, Wange und Stirn. Exzision ergibt ein bis in die Tiefe reichendes Infiltrat aus Lymphozyten, Plasmazellen und einzelnen großen Zellformen. Blutbefund: Außer Eosinophilie (5%) negativ. Intern und röntgenologisch normale Verhältnisse, keine Drüsenschwellung. Diagnose: **Mycosis fungoides?**

Riehl bemerkt, daß er die Affektion bei der demonstrierten Pat. Ehrmanns für eine einheitliche hält, und die an den Extremitäten sitzenden Krankheitsherde von scheibiger Form und mit deutlich ausgeprägter Verdickung des Papillarkörpers nicht als Erythema multiforme bezeichnen könne. Zur Verifizierung der Diagnose sei histologischer Befund erforderlich.

Ehrmann bemerkt, daß das Exanthem auf den Händen vor 2 Tagen bei der Spitalsaufnahme das typische Bild des Erythema multiforme darbot. Während bei dem von Arzt als Parallele vorgeführten Fall das Gesicht scharf umschriebene Erhöhungen aufweist, deren Epidermis glatt erscheint, und deren Follikelöffnungen klaffen und in ihrer Umgebung nirgends Zeichen von Lichenifikation erkennen lassen, zeigt der Fall Brünauers Herde mit rissiger, schuppender Oberflache, in welcher die Follikelmündungen nicht sichtbar sind. In der Umgebung der Herde allenthalben deutliche Lichenifikation. Brünauers Fall entspricht dem typischen Bilde der Neurodermitis Brocq.

Riehl: Die Polymorphie der prämykotischen Exantheme, ihr spontanes Verschwinden und häufiges Rezidivieren im Anfangsstadium würden den Verhältnissen bei der vorgestellten Kranken Ehrmanns eher entsprechen.

Brünauer (Abt. Ehrmann): 1. **Kombinationen verschiedener Formen von Hauttuberkulose.** Die vorgestellte Pat. zeigt Herde von Lupus vulgaris des linken inneren Augenwinkels und der Konjunktiva, ferner auf der linken Wange einen fluktuierenden Knoten von kolliquativer Tuberkulose, am Stamme ein dichtes Exanthem, bestehend aus hirse- bis hanfkorngroßen, mattbraunroten, zum Teil krustenden Knötchen, die zu typischen Plaques von Lichen scrofulosorum zusammentreten, an den unteren Extremitäten endlich linsengroße, livid verfärbte papulonekrotische Tuberkulide mit zentraler Nekrose.

2. **Lupus erythematodes neben Lymphomata colli.** Bei dem demonstrierten Kranken zeigen sich Herde von typischem Lupus erythematodes im Gesicht, besonders deutlich an beiden Ohrläppchen, an den Seitenflächen der Nase und an der rechten Schläfe. Am Nacken Lymphomata colli.

3. **Lichen syphiliticus.**

4. **Lichen ruber planus striatus.**

Digitized by Google

Balban: **Lichen planus?** Bei einem 15jähr. Mädchen, das an Erfrierung der Hände litt, traten vor 3 Wochen an den Streckseiten der Finger und an den Handrücken flache, größtenteils polygonale, glänzende, gedellte Knötchen auf. An der Haut des übrigen Körpers sowie an den Schleimhäuten keine Erscheinungen. Die histologische Untersuchung wird nachgetragen.

Oppenheim: Gegen Lichen planus spricht das ausschließliche Befallensein der Handrücken, fast genau den erfrorenen Teilen entsprechend, und das Sichtbarsein der Follikelöffnung im Zentrum.

Balban: **1. Lichen planus bei Varizen.** 45jähr. Frau, bei der sich, dem Verlaufe einer varikösen Vene folgend, ein aus typischen Planus-Knötchen bestehender, etwa daumenbreiter Streifen entwickelte, der von der Wade bis gegen die Nates reicht.

2. Keratodermia erythematosa symmetrica. Bei der 34jähr. Frau trat im 19. Lebensjahre im Anschlusse an Entbindung nach einem erythematösen Vorstadium Verdickung der Haut der Handteller und Fingerbeugen auf. Keine ähnliche Affektion in der Familie. Pat. sehr nervös, leidet an Menstruationsstörungen. Gegenwärtig hochgradige Hyperkeratose der Palmae und der Beugeseiten der Finger, die, den Gelenken entsprechend, von tiefen Rhagaden durchbrochen wird. Die gelbgrauen Verdickungen sind von einem hellroten Saume umgeben. Fußsohlen frei.

Riehl diagnostiziert Eczema tyloticum der Flachhände.

Balban erwidert, daß das klinische Bild mit denen Kreibichs und Wagners übereinstimme, mit welchen er auch die ätiologischen Voraussetzungen gemeinsam habe. Die Beschäftigung der Frau als Stickerin spreche auch gegen das Zustandekommen von Schwielen.

Riehl: **Verletzung durch elektrischen Strom.** 58jähr. Arbeiter mit schweren Verletzungen an der rechten Hand.

Volk: **Lupuskarzinom.** 42jähr. Pat., der seit dem 8. Lebensjahre an Lupus des Gesichtes und harten Gaumens leidet. Der Gesichtsherd zeigt weitgehende narbige Umwandlung unter Finsentherapie, insbesondere in den zentralen Anteilen, während die Randpartien, trotzdem sie intensiv behandelt wurden, noch immer spezifische Infiltration aufweisen. Die lokalen therapeutischen Maßnahmen unterstützen also offenbar nur den normalen Ablauf der Krankheit. Die natürlichen Abwehrkräfte des Organismus müssen, da man bei konservativer Therapie des Lupus ihrer nicht entraten kann, möglichst zu steigern versucht werden. — Die Gaumenaffektion des Pat. erwies sich der Lichtbehandlung gegenüber ziemlich resistent, zeigte erst in Kombination mit Radiumtherapie stärkere Rückbildung. Außerdem zeigt der Fall die Entwicklung eines malignen Neoplasmas innerhalb der Narbe im Anschluß an eine im Dezember v. J. nach Finsenbehandlung aufgetretene Erosion. Es findet sich derzeit neben dem linken Nasenflügel ein scharf abgesetzter, kreisrunder, 4 cm im Durchmesser messender, das Hautniveau der Umgebung um fast 1 cm überragender, weicher, leicht blutender Tumor mit mäßig derbem, wallartig aufgeworfenem Rand. Man muß im belichteten Terrain eine besondere Karzinombereitschaft annehmen, da auf einen so geringen Reiz hin die Entwicklung des Neoplasmas erfolgte.

Kerl: **Lupus follicularis disseminatus.** 40jähr. Pat., bei der seit längerer Zeit über beiden Wangen, Kinn und Stirn ein kleinpapulöser Ausschlag besteht. Dazwischen vereinzelte kleine Pusteln. Das Bild, das einer Acne rosacea im Anfange entsprach, weist aber insofern nunmehr Differenzen auf, als sich bei den einzelnen Knötchen auf Anämisierung ein deutliches Infiltrat nachweisen läßt.

Planner (Klinik Finger): **1. Luetinbehandlung tertiärer Syphilis.** Ausgedehnte gummöse Geschwüre am behaarten Kopf und der Schultergegend, periostale, zum Teil fluktuierende Gummen der linken Schläfengegend, linken Klavikula und Tibia bei einer 45jähr., bisher unbehandelten Frau. Schon nach der 3. Organluetininjektion à 0,2 wesentliche Besserung, Schwinden der heftigen nächtlichen Schmerzen, völlige Reinigung und beginnende Überhäutung der Geschwüre.

2. Pemphigus pruriginosus. 16jähr. Mädchen aus Rumänien. Bemerkenswert: das frühe Auftreten der Erkankung bald nach der Geburt, der verhältnismäßig gute Allgemeinzustand und der infantile Habitus der Pat., die noch nicht menstruiert ist und weder Achsel- noch Schamhaare zeigt. Kopfhaarwuchs gleichfalls sehr schütter.

3. Skrofulodermata nach Morphininjektionen. 32jähr. Pat. Vor 2 Jahren Rippenkaries, seither Abusus Morphini. An den Stellen der Injektionen, den Außenseiten beider Oberarme, entwickelten sich vor $^3/_4$ Jahren subkutane Knoten, die durchbrachen und sich heute als langgestreckte, matsche, livide, krebsscherenartige Ausläufer zeigende,

Digitized by Google

zum Teil fistulierende Infiltrate darbieten. Außerdem zeigt Pat. oberflächliche serpiginöse Tubercula cutanea syphilitica bei positiver WR. Die dadurch immerhin mögliche Erwägung, daß die seinerzeitige Rippenkaries wie die gegenwärtigen Skrofulodermata gleichfalls Äußerungen des tertiär-syphilitischen Prozesses wären, wird mit Rücksicht auf das klinische Bild und den bestehenden floriden Lungenprozeß abgelehnt und angenommen, daß bei der Pat. Lues und Tuberkulose vorliegen, welch letztere an den durch die vorangegangenen Morphininjektionen geschädigten Hautstellen zu den skrofulodermatischen Hauterscheinungen geführt haben.

Oppenheim: Der demonstrierte Fall ist aus zwei Gründen bemerkenswert. Er zeigt einmal, daß nach Injektion von sonst keine besondere Reaktion hervorrufenden Körpern unter die Haut nach längerer Zeit Tumoren entstehen können, ferner, daß diese Tumoren im Sinne einer bereits bestehenden Disposition des Körpers als spezifische Reaktionen in die Erscheinung treten. In meinen Fällen traten nach Morphininjektionen Sarkoide auf, in dem demonstrierten Fall sind es Skrofulome. Klinisch unterscheidet sich der Fall von meinem als ersten hier demonstrierten Fall von lupoidähnlichen Tumoren nach Eisenarseninjektionen durch die Weichheit und den Zerfall der Knoten und Stränge sowie durch die blaßrötliche Farbe. Man sieht also, daß die Art, wie ein Organismus auf eine ihm subkutan eingebrachte Substanz später reagiert, von der ihm innewohnenden disponierenden Krankheit abhängt, einmal zeigt sich ein Sarkoid, einmal ein Gumma, einmal ein Skrofuloderma. Die Substanz selbst scheint mehr oder weniger gleichgültig zu sein (Quecksilber, Arseneisen, Morphin usw.). Arzt, Kumer und ich haben ganz ähnliche Krankheitsbilder im Archiv (Bd. 136) vor kurzem veröffentlicht, welche nach Injektionen von Bazillenemulsion, wie sie derzeit von Augenärzten ziemlich geübt werden, zustande kamen.

Strassberg (Klinik Finger): 1. **Leukämische Erythrodermie mit Arsenmelanose.** Bei einem 47jähr. Manne besteht seit Herbst 1919 eine universelle Erythrodermie. Von März bis Mai 1921 Arsenkur. Seit August 1921 Alopezie und Melanose. Das Blutbild entspricht einer lymphatischen Leukämie. Die chemische Blutanalyse ergibt leichte Verminderung des Gesamtkalkes. Klinisch: starke Schwellung sämtlicher sichtbarer Lymphdrüsen, abnorme Kleinheit der Testikel, seit $^1/_2$ Jahre Verlust der Libido. Röntgenologisch substernale Struma. Steigerung der Hautreizbarkeit, die sich auch darin äußert, daß aufgelegtes Kantharidinpflaster schon nach 3 Stunden Blasen zieht. Man könnte sich vorstellen, daß leukämische Infiltrate auch in den Organen mit innerer Sekretion sitzen und durch Störung derselben die imponierenden Hautveränderungen hervorrufen.

2. **Primäre Erythrodermie unbekannter Ursache.** Bei einem 11jähr. Mädchen ist vor 2 Jahren eine universelle Erythrodermie aufgetreten. Seit 10 Monaten kompletter Haarausfall. Anhaltspunkte für die Ätiologie des Leidens konnten nicht gefunden werden.

Ehrmann: **Neurofibromatosis in der 2. Generation.** Zunächst wird das Bild des Vaters der kleinen Pat. gezeigt, welches E. vor 22 Jahren gemalt hat. Man sieht auf dem Stamme ephelidenartige Pigmentierungen, bläuliche Flecke, bläuliche Knoten und konisch vorspringende rötliche Tumoren, außerdem unterhalb der Nabelgegend einen größeren quergestellten Pigmentfleck. Weiter wird eine photographische Aufnahme des Vaters, die vor einigen Tagen angefertigt wurde, demonstriert. Die Pigmentierungen sind fast ganz verschwunden, namentlich der große Fleck in der Nabelgegend. Hingegen sind zahlreiche neue Tumoren, besonders am Halse und im Gesicht, entstanden. Sie sind bläulich und weißlich-rot und z. T. aus den früher bestandenen blauen hervorgegangen. Die konischen, kleinen Tumoren haben sich in große, hängende Tumoren umgewandelt. Die 11jähr. Tochter ist geistig stark zurückgeblieben, zeigt im wesentlichen Pigmentflecke nach bestimmter Anordnung, sowie einzelne Tumoren, die denselben Sitz haben wie beim Vater. Ferner ist auffallend, daß in der Gegend der Gesäßfurche beim Kind 2 Tumoren vorhanden sind, wo beim Vater heute noch ebenso angeordnete Pigmentflecke sichtbar sind. Man sieht also, daß Pigmentierungen im Laufe der Zeit schwinden können, und daß bei der 2. Generation dort, wo bei der 1. Pigmentflecke waren, als Homologa Tumoren auftreten können.

Kumer (Klinik Riehl): 1. **Salvarsandermatitis.** Zwei Fälle, die in relativ kurzer Zeit durch Wasserbettbehandlung geheilt wurden.

2. **Angina necrotica.** 18jähr. Mädchen mit tief zerfallendem, nekrotischem Ulkus der linken Tonsille, in dessen Abstrich sich reichlich Bacillus fusiformis und Spirochaeta refringens nachweisen läßt. Geringgradige Schwellung der submaxillaren Drüsen.

Digitized by Google

3. **Pediculosis der Zilien.** Bei einem 2jähr. Kinde sind die Wimpern dicht besetzt mit Nissen. Da gleichzeitig eine Pediculosis capitis besteht, wäre man geneigt anzunehmen, daß die Pediculosis der Zilien mit den Kopfläusen zusammenhängt, was eine außerordentliche Seltenheit wäre. Die Untersuchung der Mutter ergab aber, daß sie von Morpiones befallen ist und dürften somit die Nisse der Zilien auf diese zurückzuführen sein, obwohl beim Kinde weder Maculae caeruleae noch andere Zeichen einer Pediculosis pubis bestehen.

Fuhs (Klinik Riehl): 1. **Lichen scrofulosorum mit skrofulösem Habitus.** Eine 14jähr. Pat. mit hellbraunrötlichem, dichtem, in Gruppen angeordnetem Knötchenexanthem am Stamm, besonders über den Bauchseiten- und Rückenpartien. Tuberkulinreaktion stark positiv.

2. **Lichen scrofulosorum.** 16jähr. Pat. mit einem gruppierten Knötchenexanthem, speziell an den Seiten- und Rückenpartien des Stammes. Tuberkulinreaktionen stark positiv. Nebenbei Lymphomata colli und papulonekrotische Tuberkulide an den Streckseiten der Finger und angrenzenden Partien der Handrücken. Interner Befund normal.

3. **Atypische entzündliche Mikrosporie des Kapillitium und Lichen microsporicus.** 9jähr. Pat. mit bereits stark im Abklingen begriffenem follikulärem Exanthem am Stamm, das aus stecknadelkopfgroßen roten Knötchen besteht, die Schüppchen tragen und in Gruppen angeordnet sind, ausgesprochene allergische Reaktion auf intrakutane und perkutane Trichophytinapplikation. Pat. gelangte vor 3 Wochen mit einer stark entzündlichen Mikrosporie am behaarten Kopfe zur Aufnahme. Nach erfolgter Epilation und antiphlogistischer Behandlung sind die Erscheinungen am Kapillitium nahezu geschwunden. Pilzbefund: in den Haaren Microsporon Audouini. In den Schuppen der Lichenknötchen mikroskopisch und kulturell keine Pilze nachweisbar. Es ist dies der 8. Fall von Lichen microsporicus, der bisher an der Klinik beobachtet werden konnte. Bei drei früheren Fällen konnte mikroskopisch und kulturell der Pilznachweis aus Schuppen von Lichenknötchen erbracht werden.

Arzt: Wir haben an der Klinik bisher in 8 Fällen von Lichen microsporicus zweimal Pilzelemente in den disseminierten Knötchen mikroskopisch, dreimal in der Kultur nachweisen können. Trotzdem möchte ich mich vorläufig über die Art des Zustandekommens mikrosporischer Allgemeinexantheme sehr reserviert verhalten.

Randak (Klinik Riehl): 1. **Lupus erythematodes disseminatus.** 19jähr. Mädchen. Seit 2 Jahren „Perniones" an den Streckseiten der Finger und Zehen. Vor 3 Monaten weitere Schübe auch an den Beugeseiten der Hände und Füße unter gleichzeitiger Rötung der Nasenspitze. Typischer Lupus erythematodes der Nase. An den Fingern und Zehen blaurote, bis überlinsengroße, teils flachknötchenförmige, teils plateauartige Infiltrate, die stellenweise mit festhaftenden Schuppen besetzt sind. Follikelmündungen erweitert. Interner Befund und Pirquet negativ.

2. **Lupus erythematodes.** 24jähr. Pat. ist vor 1 Jahr wegen Lupus erythematodes disseminatus in Behandlung gewesen. Vor 1 Monat während einer kurzdauernden, hochfieberhaften Bronchitis Auftreten einer diffusen, jetzt unter Bildung festhaftender Schuppen wieder regredienten Rötung der Wangen und angrenzenden Partien der Schläfen und des Halses mit Schwellung der Kieferwinkeldrüsen beiderseits. Ponndorf mit ATK 1:10 positiv.

Arzt (Klinik Riehl): 1. **Carcinoma in Lupo.** 60jähr. Frau, die im Dezember 1921 mit einem großen Karzinom der Nase auf lupöser Grundlage an der Klinik operiert wurde. Derzeit teils narbig ausgeheilt, teils rezidivierend in Form einer neuerlichen Tumorbildung von Handtellergröße und papillärem Bau auf der linken Wange. Histologisch: In der Tiefe spezifisch tuberkulöses Gewebe, an der Oberfläche ein verhornendes Plattenepithel-Karzinom.

2. **Sclérodermie en plaques.** 30jähr. Frau, bei der seit $^3/_4$ Jahren unterhalb der Axilla ein 6 cm langer und 2 cm breiter, alabasterweißer, sich derb anfühlender Herd besteht, der von zarter Epidermis überzogen ist. Zwei linsengroße Herde von unbekannter Dauer über der linken Brust.

3. **Erythema induratum der unteren Extremitäten.** 21jähr. Pat. mit tiefen Knoten an den unteren Extremitäten, die an der Beugeseite und vereinzelt auch an den Streckseiten lokalisiert sind. Einzelne sind zerfallen und ulzeriert. Tiefe Narben sprechen für einen schon lange bestehenden Prozeß. Histologisch: Wucheratrophie des Fettgewebes und Knotenbildung, vorwiegend aus Epitheloidzellen bestehend.

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle.

1922, Bd. 63, H. 2.

17. Jahresversammlung der „Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia" in Rom.

Vom 15.—17. Dez. 1921 fand unter dem Vorsitze Ducreys in Rom die übliche Jahresversammlung der „Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia" statt. Diese war zahlreich besucht, hatte einen überaus arbeitsvollen Verlauf und bot eine Fülle von Vorträgen und Demonstrationen über Themen von allergrößter Wichtigkeit. Als offizieller Hauptgegenstand war in der vorjährigen Jahresversammlung (Bologna) das Thema der Abortivkuren angesetzt und das Referat darüber den Professoren Martinotti und Mibelli übertragen worden, welche sich dieser Aufgabe in glänzender Weise entledigten. Besonders lehrreich und für die künftige Stellung zur Frage der Abortivkuren von entscheidender Wichtigkeit war die allgemeine Teilnahme an der Diskussion über diese Frage, an welcher zahlreiche anwesende Dermatologen, allen voran Majocchi, Ducrey und Radaeli, teilnahmen und ihr gewichtiges Urteil in die Wagschale warfen. Den Gipfelpunkt bildete schließlich eine von der Gesellschaft angenommene Tagesordnung über Abortivkuren. Im Nachstehenden sei kurz über den Verlauf der Sitzungen berichtet[1]).

Fontana: Bericht über **Übertragungsversuche des Virus des Herpes febrilis.** Er konnte nachweisen, daß dieses auf den Arm und Vorderarm anderer und derselben Person übertragbar sei; daß das Virus der Keratitis herpetiformis der Kaninchen imstande sei, beim Menschen typische Herpesbläschen zu provozieren, und daß es ihm gelungen sei, folgende Übertragungsversuche zu machen: a) Mensch — Autoinokulation — Kaninchen — Meerschweinchen; b) Mensch — Autoinokulation — Kaninchen — Mensch — Kaninchen — Kaninchen.

Trossarello: 40 Fälle von längs der ligurischen Küste beobachtetem **Pemphigus epidemicus.** Er fand stets im klaren Blaseninhalt Pasinis „Diplococcus non capsulatus".

Morini: Über **Primäraffekt der Ohrmuschel,** ferner über an Hunden vorgenommene Versuche über die Penetrationskraft von Choleval. Sehr gute Erfolge bei Blennorrhoe.

Majocchi: Fall von **Cylindroma cutaneum.** Diagnose war nur mikroskopisch zu stellen; ferner Epidemie von Getreidekrätze in Bologna, dann Fall von Erythrodermia angiectatica circumscripta der Gliedmaßen und des Gesichtes, wahrscheinlich endokrinen Ursprungs. Besserung auf Thyreoidin.

Diskussion: Pasini, Mariani und Ducrey.

Calearo: **Endokrinologische** und **pharmakodynamische Versuche** bei einigen Hautkrankheiten. Injiziert wurde Pilokarpin, Adrenalin und Hypophysin. Die Fälle wurden auch auf den Dagninischen (Aschnerschen) Trigeminus-Sympathikus-Vagusreflex geprüft. Die Resultate waren in beiderseitiger Hinsicht nicht eindeutig.

Martinotti: a) 15 Fälle von **Hautsyphilis** mit ungewöhnlichen Erscheinungsformen. Die meisten zeigten lupoiden Charakter, und nur mit Hilfe der meist stark positiven WR und der prompten Wirkung der spezifischen Therapie konnte die Diagnose gestellt werden. Die mikroskopische Untersuchung ergab in einigen der Fälle tuberkuloide Struktur. — b) Derselbe demonstriert ferner mikroskopische Präparate und Photographien von einem **Hautgeschwür,** von **Erythema multiforme** und von **Aphta epizootica,** in welchen sich eine enorme Menge von eosinophilen Zellen fand, so daß von einem wahren Eosinophilom gesprochen werden kann. Keine Eosinophilie im Blute. Redner hält in seinen Fällen die Eosinophilie für histogener Natur.

Diskussion: Mariani, Pasini.

c) Zwei Fälle von **Bowenscher Dermatose.** — d) Singuläre Beobachtung von **benignem Epitheliom** bei einem 12jähr. Kinde. Der Fall ist bemerkenswert vor allem durch seine Benignität, dann durch einen so merkwürdigen mikroskopischen Befund, daß er in keine bisher bekannte Gruppe von Epithelioma benignum eingereiht werden kann. Es scheint sich um ein Epithelioma cut. adenoides sui generis zu handeln.

Favento: 32 Fälle von **Salvarsanikterus** (2 Todesfälle) unter 520 von ihm behandelten.

Es folgt nun das offizielle Referat von Martinotti über die **Abortivkur der Syphilis.** Ref. gibt zuerst einen historischen Überblick über sämtliche Methoden, durch

[1]) Die Knappheit des Raumes verbietet leider ein ausführlicheres Referat über die einzelnen Vorträge.

Digitized by Google

Zerstörung des Primäraffekts oder intensive Hg-Kuren den Ausbruch der Syphilis zu verhindern. Auf die abortive Behandlung in der Salvarsanära übergehend, bespricht er die verschiedenen angewandten Salvarsanpräparate, die Dosierung, die Technik und die angewandten Methoden (ob 1—2 oder mehrere Kuren). Aufzählung der Resultate der einzelnen Autoren, Besprechung der Frage der Rezidive, der Neurorezidive und der Reinfektion. Anschließend werden auch andere wichtige Fragen des genaueren erörtert, und zwar die Wichtigkeit einer exakten Diagnosenstellung, die Frage der verschiedenen Wassermannstadien der Primärsyphilis und ihre Wichtigkeit für die Indikationsstellung, der Vornahme der Abortivkur, das Verhalten der WR während der Behandlung und schließlich die Frage, welche Bedeutung dem Verhalten der WR als Kriterium der vollzogenen Heilung zukomme, die Frage, ob auch lange bestehende Symptomlosigkeit mit Heilung identisch sei usw. Endlich werden die Fragen der Spontanheilung, der Reinfektion, der Superinfektion, und die allgemeinen Fragen der Immunität, soweit sie mit den Abortivkuren im Zusammenhange stehen, besprochen. Ref. gelangt in praktischer Hinsicht zum Schlusse, daß man bei Primärsyphilis — aber nach absolut gesicherter Diagnose — die Behandlung möglichst rasch und energisch beginne, aber den Kranken nicht nach 1—2 Kuren seinem Schicksale überlasse, da man kein Mittel besitze, um die eingetretene Heilung mit Sicherheit festzustellen. Das beste sei auch heute noch die chronisch intermittierende Behandlung nach Neisser-Fournier.

Als zweiter offizieller Ref. bespricht Mibelli zunächst die Frage der **Heilbarkeit und des Nachweises der eingetretenen Heilung der Syphilis.** Abgesehen von der Reinfektion findet sie ihre Stütze in folgenden Momenten: Langwährende Symptomlosigkeit, Ausbleiben der Infektion unter den Ehegatten, Zeugung gesunder Kinder, andauerndes Negativbleiben der Reaktion des Blutes und des Liquors. Es folgt dann die Besprechung der Möglichkeit der Spontanheilung, des Unterschiedes zwischen Abortivkur und Frühbehandlung, des Verhaltens des Blutes und der Drüsen während und vor dem Auftreten des Primäraffektes. Spirochäteninvasion heißt noch nicht Gewebsverankerung der Spirochäten. Die Therapie besteht in womöglicher Eliminierung des Primäraffektes und in Allgemeinbehandlung.

Schlußfolgerungen: 1. Die Abortivkur bietet eher die Möglichkeit, die Heilung der Infektion zu erreichen und den Beweis der Heilung leichter zu erbringen, als dies in der Sekundärperiode der Fall ist. 2. Die Behandlung soll in gleichzeitiger und möglichst frühzeitiger Anwendung aller dazu geeigneten Mittel bestehen. 3. Nach beendeter Kur soll genaue jahrelange Beobachtung folgen. 4. Bei ein Jahr dauernder klinischer und serologischer Symptomlosigkeit ist die Abortivkur mit großer Wahrscheinlichkeit als gelungen anzusehen. 5. Nicht gelungene Abortivkuren bringen, von wenigen Ausnahmen abgesehen, keinen Schaden und die Weiterbehandlung kann ohne weiteres fortgesetzt werden.

Diskussion: Freund berichtet zunächst über 71 vor dem Kriege mit 1 Kur abortiv behandelte Fälle. 8 derselben bekamen Rezidive, die übrigen 63 blieben klinisch und serologisch symptomlos, darunter 34 bei einer Beobachtungszeit von 50—100 Monaten. Weniger günstig waren die Resultate nach dem Kriege, trotzdem 2—3 Kuren gemacht worden waren, da von 49 gut beobachteten Fällen 10 Rezidive bekamen, davon 4 vor der Kur wassermann-negative Fälle. Ref. ist für Frühbehandlung mit Sicherheitskuren.

Piccardi berichtet über seine 10jähr. Erfahrung bei der Behandlung der Syphilis mit verschiedenen Arsenobenzolpräparaten bei 552 Männern und 98 Frauen. Sehr gute Erfolge, besonders mit 140 durchgeführten Abortivkuren. Bei 124 der abortiv behandelten Fälle blieben die Sekundärsymptome aus, 52 derselben blieben (WR 2—20mal ausgeführt) negativ, 9 wurden positiv, aber bei fehlenden Symptomen. Bei 12 Fällen Reinfektion. Es werden dann statistische Tabellen über Erfolge bei sekundären und tertiären Fällen gebracht.

Pasini ist für sofortige intensive kombinierte Behandlung der Primärsyphilis und Weiterbehandlung durch mindestens 2—3 Jahre. Auch bei Exzision des Primäraffektes gibt es keine Gewähr für die Heilung durch eine Abortivkur.

Majocchi gibt den Wert der Abortivkuren in prophylaktischer Hinsicht durch Vernichtung zahlreicher Infektionsherde zu, ist aber sonst gegen die Abortivkuren, schon darum auch, weil von leichtsinnigen Ärzten nach Abortivkuren allzu früh der Consensus matrimonii gegeben wird. Er möchte im übrigen das Kalomel auch bei Anwendung von Salvarsan nicht missen.

Ducrey pflichtet Majocchi bei, ist zwar für sofortigen Beginn der Frühbehandlung — den Ausdruck der Abortivkur lehnt er ab —, aber nur nach gesicherter Diagnose. Was oft als Reinfektion zum Beweise eingetretener Heilung herangezogen wird,

Digitized by Google

könnte auch eine Superinfektion sein, wie sein klassischer Fall von frischer Infektion mit Syphilis bei einer tertiärluetischen Frau beweist. Auch er rühmt die prompte Wirkung von Kalomel.

Radaeli ist für die Frühbehandlung mit Arsenobenzolpräparaten unter Kombination mit Hg, aber bei langdauernder Beobachtung; er glaubt an die Möglichkeit der Abortivheilung.

Mariani empfiehlt die Drüsenpunktion bei diagnostisch schwierigen Fällen von Primäraffekt. Ist für kombinierte Behandlung, aber empfiehlt Vorsicht bei Salvarsan.

Truffi ist für möglichst sofortige Anwendung von Arsenobenzolen; die Drüsenpunktion hat ihm oft bei sicherer Syphilis negative Resultate gegeben.

Malusardi teilt die Beobachtung Busaccas (aus der Fingerschen Klinik) mit, nach welcher durch Zusatz von Rohrzucker oder Phenyl, ferner durch Lösung des Salvarsans in Autoserum die Wirksamkeit des Salvarsans erhöht werde.

Martinotti, Mibelli: Schlußwort.

Es wird nun über den Antrag des Präsidiums folgende durch Zusatzanträge von Capelli und Majocchi erweiterte Tagesordnung angenommen: „Die Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia stellt nach Kenntnisnahme der Referate und nach gründlicher Diskussion über diesen wichtigsten Gegenstand fest, daß der gegenwärtige Stand unserer Kenntnisse nicht erlaubt, mit Sicherheit die Möglichkeit der Heilung der Syphilis mit einer einzigen noch so intensiven Kur von kurzer Dauer zu behaupten; sie warnt das Publikum vor den Illusionen und Schäden, welche durch diesbezügliche apodiktische, insbesondere die Ehe betreffende Versicherungen entstehen; hebt die Notwendigkeit einer wohlbegründeten Diagnose vor Beginn der Behandlung hervor, erkennt den großen Wert einer nach gesicherter Diagnose unverzüglich vorgenommenen, kombinierten, aber methodisch fortgesetzten und den organischen Verhältnissen des Kranken angepaßten Behandlung an."

Hierauf berichtet Truffi über seine Erfahrungen mit **„Trepol"**; diese sind im allgemeinen gute, aber unter dem Salvarsan stehende. Verträglichkeit ziemlich gut, abgesehen von der leicht zu bekämpfenden Stomatitis. Definitives Urteil noch nicht möglich.

Mariani berichtet über die Behandlung von 90 Fällen mit **Silbersalvarsan** und **Sulfoxylatsalvarsan**, meist ohne Kombination mit Hg. a) Ad Silbersalvarsan: Übliche Technik bei vorsichtiger Dosierung. Sehr gute Erfolge besonders bei Primäraffekt und vier Fällen von Tabes. Die WR wurde durch eine Kur nie ganz negativ. Das Mittel ist gut verträglich. b) Ad Sulfoxylatsalvarsan: Intramuskuläre oder endovenöse Anwendung, ziemlich gute Verträglichkeit, aber geringere Wirksamkeit.

Diskussion: Pasini, Morini, Pini, Radaeli, welcher Sulfoxylat den anderen Arsenobenzolen für ebenbürtig hält, ferner Capelli, Piccardi, Porcelli und Riva.

Scomazzoni: **„Vergleichende Versuche mit Silbersalvarsan, Neosilbersalvarsan und Neojakol."** Mit ersterem wurden im ganzen 300 Injektionen gemacht, mehrmals auch kombiniert mit Hg. Gute Einwirkung auf die Symptome und die WR. Neosilbersalvarsan scheint weniger wirksam als Silbersalvarsan und als Neojakol.

Lombardo: a) Beschreibung eines **Kunstgriffes**, bei endovenösen Injektionen von undurchsichtigen Lösungen das Eindringen der Lösung in den Stichkanal zu verhindern. — b) Derselbe berichtet über einen Fall von **Dermatitis endomycetica interdigitalis.** Mikroskopischer und kultureller Nachweis des von Kaufmann-Wolf beschriebenen Pilzes. — c) Erfahrungen mit **Neo-** und **Silbersalvarsan** bei der Behandlung einiger Fälle von spirobazillärer Symbiose. Gute Einwirkung bei Ulcus tropicum, akutem gangränösem Geschwüre des Genitales, bei Stomatitis mercurialis, weniger günstige bei Noma, Kiefernekrose, Pyorrhoe und Gingivitis.

Lucchetti: a) **Kalium-Jodquecksilber** in der Behandlung der Syphilis. Gute Einwirkung des löslichen Mittels auf die Symptome und die WR. — b) Über die **„nitritoiden Krisen"** nach Neosalvarsan. Ref. berichtet über das konstante Auftreten von nitritoiden Krisen nach bestimmten Serien von Neosalvarsan (B 39555 und B 39331), welche seiner Ansicht nach auf einen kleinen Fabrikationsfehler zurückzuführen wären. Seitdem die Höchster Fabrik diese Serien aus dem Handel gezogen hatte, beobachtete er nie mehr nitritoide Krisen.

Bagnoli: a) **„Klinisch-statistische Untersuchungen der verschiedenen Hautsyphilide rücksichtlich ihrer Häufigkeit und ihrer Erscheinungsperiode."** 3440 in der Klinik Majocchis behandelte Fälle von Hautsyphilis wurden auf die Häufigkeit des Vorkommens, die Zeitperiode ihres Auftretens nach der Infektion und rücksichtlich der ihr Auftreten auslösenden inneren und äußeren Ursachen, dann bezüglich der Lokali-

Digitized by Google

sation und der Beeinflussung durch die Therapie eingehend besprochen. — b) Bericht über 56 in der Klinik Mojocchis behandelte Fälle von **Leukoderma syphiliticum**, davon 54 weiblichen Geschlechts. Die Fälle werden unter den verschiedensten Gesichtspunkten besprochen.

Gino Murerro: a) Bericht über 25 in der „Sala Celtica" von Udine beobachtete Fälle von **Leukoderma syphiliticum**. Auf die Gesamtzahl der dort gleichzeitig behandelten Patientinnen ergibt dies 44%. Durch intensive Behandlung mit Salvarsan gelang es, die Prozentzahl auf 3 herabzudrücken. — b) Fall von **Pityriasis rubra**.

Capelli: a) Demonstration von Photographien, Moulagen und anatomischen Präparaten von zwei Fällen von **schwerer Knochensyphilis des Schädels**. — b) Derselbe demonstriert Photographien, Moulagen und mikroskopische Präparate eines Falles von **Poikilodermia atrophicans vascularis**. Kutisreaktion mit Tuberkulin positiv, sämtliche pharmakodynamische Proben, mit Ausnahme der mit Pilokarpin, negativ. Ätiologie wahrscheinlich endokriner Natur.

Diskussion: Truffi, Mariani und Pasini.

Tommasi: a) $2^1/_2$jähr. heredo-luetisches Kind mit **schwersten Knochengelenksläsionen**. Der Fall ist besonders dadurch bemerkenswert, daß trotz hochgradigster Malignität bei der Sektion Läsionen innerer Organe nicht festgestellt wurden. — b) Fall von **Reinfectio syphilitica**. — c) Herpes gestationis gefolgt von **Herpes menstrualis**, vorübergehende kongenitale Herpeseruption beim Fötus.

Giuseppe Murerro: a) Fall von **gummöser**, auf den ganzen Unterschenkel ausgedehnter **Ulzeration**. — b) Bericht über sehr gute Erfolge mit der **Kneböck-Adamsonschen Methode** bei der Epilation der Trichophytie. — c) Über eine kurze Epidemie von **Getreidekrätze** in Udine.

Piccardi: a) Über **Reinfectio syphilitica**. Bericht über 12 nach Abortivkuren beobachtete Fälle, welche alle den neun Forderungen Fourniers entsprachen. 5 davon befanden sich bereits vor der Kur im wassermann-positiven Stadium. Ref. hält das Gelingen der Abortivkur auch im wassermann-positiven Stadium der Primärperiode für möglich, aber nur durch Arsenobenzole. — b) Über drei Fälle von **gleichzeitiger Infektion der Urethra mit Blennorrhoe und Syphilis**.

Piccardi und Alesio: **Beitrag zum Studium des Syphiloma anorectale Fournier**. Drei Fälle. Beschreibung der histologischen Präparate.

Freund: a) Demonstration der Moulage und mikroskopischer Präparate eines Falles von **Acanthosis nigricans**. — b) Über zwei Fälle von **Dermatitis papillaris capillitii (Kaposi)**. Demonstration von Photographien und mikroskopischen Präparaten.

Diskussion: Majocchi.

Crosti: **„Über Jodophilie im blennorrhagischen Eiter."** Eingehende Beschreibung der Färbungstechnik, der von Winkler und Reis beschriebenen Reaktion usw. In praktischer Hinsicht ist diese nicht für die blennorrhoischen Eiterungen spezifisch und hat keinen Wert für Lokalisation der Erkrankung oder deren Dauer.

Pasini: Über zwei Fälle von **Adenitis pelvica blennorrhagica**. An der Hand zweier klinischer Fälle wird die Diagnosenstellung und der Entstehungsmechanismus dieser seltenen Komplikation der Blennorrhoe besprochen und die anatomisch-topographischen Verhältnisse, die dabei eine Rolle spielen, erläutert.

Pasini und Vigano: Hinweis auf die Wichtigkeit bei der Radioskopie und Radiographie bei der **Diagnose der Knochensyphilis**.

Diskussion: Martinotti.

Porcelli: a) Zur Kenntnis der **Präzipitationsreaktion des kolloidalen Benzoins**. — b) Bericht über eine **eigene Methode der Darstellung der Gonokokkenvakzine**. — c) Über Versuche der **Leprabehandlung** mit nach eigenem Verfahren dargestellter Autovakzine. — d) Über **Behandlung verschiedener Dermatosen mit Autovakzine**. — e) Über den ersten in Italien beobachteten Fall von **Hemispora stellata (Vuillemin)**. Die Diagnose wurde durch die Kutisreaktion, die Agglutinationsprobe, Komplementablenkungsreaktion, Kultur- und Tierimpfversuche erbracht. Prompte Heilung auf Jodkali.

Borelli: a) Über **ambulante Behandlung der Blennorrhoe mit Antigonokokkenvakzinen**. — b) Über **Kerion mit atypischer Lokalisation**.

Meldolessi: Über in der Klinik Ducreys ausgeführte **dermatoskopische Studien an 500 Kranken** mit verschiedenen Dermatosen. Kontrolle einiger dermatoskopischer Befunde durch mikroskopische Präparate.

Diskussion: Majocchi weist darauf hin, daß er schon vor vielen Jahren Krätzmilbengänge mit Hilfe eines kleinen Mikroskops demonstriert habe.

Digitized by Google

Riva: a) Über drei Fälle von **Sarcoma idiopathicum Kaposi.** — b) **Über zwei Fälle von Mycosis fungoides.**

Ducrey: a) Über **„Dermatitis chronica atrophicans"**, wahrscheinlich tuberkulösen Ursprungs. Der Fall ist besonders durch die besondere Sorgfalt und Vollständigkeit der klinischen Untersuchungsmethode bemerkenswert (Tierversuche, Tuberkulinreaktion [+], alle pharmakodynamischen Proben, Dermatoskopie, histologische Untersuchung u. a. m.). — b) Über zwei Fälle von **Granulosis rubra nasi**, Demonstration histologischer Präparate.

Tarchini: a) Fall von **Hypertrichose** der Regio sacrolumbale, kombiniert mit Spina bifida. — b) Über zwei Fälle von **syphilitisch-tertiärer Arthropathie.** Während der eine Fall akquirierte Lues betrifft und durch hochgradige Veränderungen fast aller Gelenke charakterisiert ist, handelt es sich im zweiten um Heredolues. Es wird die Wichtigkeit der Radioskopie für die Diagnose betont.

Giampoli: Über einen Fall von **Lymphangioma planum et verrucosum** mit punktförmigen Teleangiektasien (gürtelförmige Anordnung).

G. Segrè: a) Fall von **benignem Miliarlupoid (Boeck).** Charakteristisch ist das plötzliche Aufschießen der Effloreszenzen, die fehlende Tendenz zur Eiterung. Negative Kutisreaktion mit Tuberkulin, negative Tierimpfversuche auf Tuberkulose. Mikroskopisch zeigte sich lupoides Gewebe. Spontanheilung. — b) Bericht über sehr günstige Resultate bei einem Falle von **Rhinophym** mit schichtweiser Abtragung der Geschwulst mittels Skalpells.

Caldarola: **„Über einen Fall von den Ausbruch von Erythema multiforme imitierenden multiplen gummösen Hauttuberkeln."** Die Diagnose ist durch mikroskopische Untersuchung, Kutisreaktion und Tierimpfversuche gestützt.

Breda: Detaillierte Beschreibung einer **eigenen chirurgischen Operationsmethode der Unguis incarnata.** Sehr gute Erfolge in kosmetischer und funktioneller Hinsicht.

De Bella und Marengo: Ausführliche Beschreibung eines bisher weder beim Menschen noch beim Tiere beobachteten **Myzeten**, den sie von einem Kranken durch Kulturen isoliert hatten. Positive Tierversuche und Retrokulturen. Der Pilz wurde vom Botaniker Pollacci-Siena als zum Genus des Haplographium gehörend klassifiziert und mit dem Namen Haplographium De Bella-Marengo bezeichnet.

Garzelli: Fall von **Lepra anaesthetica** mit histologisch nachweisbarer lupoider Struktur.

Diskussion: Porcelli, Pasini, Truffi, Freund.

Mazzoni: Über 15 mit Röntgen und Radium behandelte Fälle von **Rhinosklerom**; Empfehlung dieser Behandlungsmethode.

Palumbi: Über die Behandlung einiger Formen von **Hyperkeratosis plantaris circumscripta mit Radium.** Gute Einwirkung.

Mariani: a) Bericht über eingehende und vergleichende therapeutische Versuche mit der **unspezifischen Proteintherapie.** Angewendet wurden alle möglichen Proteinpräparate und Kolloidalmetalle, welche auf verschiedenem Wege dem Organismus bei verschiedenen Bedingungen, in verschiedenen Konzentrationen und in verschiedener Reihenfolge einverleibt wurden. Die therapeutischen Einwirkungen und der Aktionsmechanismus der spezifischen und unspezifischen Mittel werden genauer beschrieben. — b) Fall, bei welchem nach anfänglichem Bestehen eines **erythemato-vesikulären Exanthems** (Typus Duhring) binnen sechs Monaten schwerste Hauterscheinungen bis zu ausgedehnter Hautgangrän, wahrscheinlich leukämischer Natur, auftraten. Exitus. Der histologische Befund wird eingehend beschrieben. E. Freund-Triest.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Prof. Ferdinand Blumenthal, Direktor des Institutes für Krebsforschung in Berlin, erhielt einen Lehrauftrag für Bekämpfung der Krebserkrankungen. R.

Berichtigung. In Nr. 40, S. 1010 ist unter dem Referat der Archives of Dermatology and Syphilology der Name des Referenten, Herrn Dr. E. Ahrens-Hamburg, fortgelassen.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

18. November 1922 | Nr. 46 | Band 75

Aus der dermatologischen Abteilung des städt. Krankenhauses Charlottenburg (Prof. C. Bruhns).

Beiträge zur Klinik und Diagnose der Soorerkrankungen der Haut.

Von

Dr. Arthur Alexander, Oberarzt.

Mit 2 Abbildungen im Text.

Klinisches.

Die klinischen Erscheinungen des Hautsoors, von denen bisher vorwiegend intertrigoartige und trichophytieähnliche Typen (Kaufmann-Wolff[1]), Fabry[2]), Mujis[3])) bekannt waren, sind in der letzten Zeit um einige neue Krankheitsbilder bereichert worden. Aus der Blochschen Klinik in Zürich sind von Stähelin[4]) drei Fälle von durch Oidiomykose erzeugten pustulösen Dermatitiden und von Miescher[5]) ein Fall von „Miliaria-rubra"-ähnlichen Eruptionen, welche ebenfalls durch den Soorpilz hervorgerufen waren, mitgeteilt worden. Diese Fälle haben das Gemeinsame, daß statt der sonst bei den Dermatomykosen und auch beim Soor die Regel bildenden herd- resp. kreisförmigen Anordnung der Einzeleffloreszenzen eine mehr diffuse regellos auftretende Verteilung der Eruptionen beobachtet wurde. Außer diesen Fällen von Dermatitis oidiomycetica pustulosa resp. Miliaria rubra oidiomycetica beschrieb dann Bloch[6]) selbst eine Pat. mit schwerem Diabetes, bei der scheibenförmige, von Knötchen, Bläschen und Krüstchen umrandete Primäreffloreszenzen zu großen nässenden ad genitalia und der Crena ani und deren Nachbarschaft lokalisierten Flächen zusammenflossen. Die Kultur ergab ein Oidium. Einen dem eben beschriebenen sehr ähnlichen Fall konnte ich jüngst beobachten.

Fall 1. Frau U., 60 Jahre alt, Diabetika. Etwa 4% Saccharum.

Anamnese. Seit mehreren Wochen starkes Jucken ad genitalia, das sich seit einigen Tagen erheblich verschlimmert hat. Pat. läßt mich zu sich rufen wegen ihres sehr schlechten Allgemeinbefindens, und weil die Lokalaffektion trotz allerlei angewendeter Salben nicht zurückgehen will.

Status. Hoch fieberhafte Pat. Temperaturen um 39° herum. Sehr unruhig. Starkes Brennen in der Genitalgegend. Die ganze Regio pubis, die Innenseite der Ober-

[1]) D. Z., 1915, Bd. 22. — [2]) M. m. W., 1919, Bd. 48 (vgl. auch Berendsen, Arch., Bd. 126. und Stöckel, Derm. W., Bd. 72). — [3]) Derm. W., 1918, Bd. 66. — [4]) Arch., Bd. 134. Hier, sowie bei Frei (Arch., Bd. 129) und neuerdings auch bei Kumer (Arch., Bd. 140) ist die bisher erschienene Literatur über Hautsoor angegeben. — [5]) Derm. W., Bd. 73, Nr. 49. — [6]) Schweiz. med. W., 1916, Nr. 9.

Digitized by Google

schenkel, die Crena ani, die Hinterseite der Oberschenkel bis zu den Knien zeigt starke Rötung, an einzelnen Stellen Nässen, an anderen ist sie von einem Exanthem eingenommen, das aus roten, leicht infiltrierten, teils scharf begrenzten, teils unscharf in die Umgebung übergehenden bis fünfmarkstückgroßen Einzelherden zusammengesetzt ist, die leicht schuppen und einen etwas erhabenen Rand aufweisen. Auch an den Fußrücken und auf den Mammae sind derartige Herde, wenn auch im allgemeinen von etwas kleinerer Gestalt, zerstreut. Außerdem finden sich über den ganzen Körper verteilt noch sehr zahlreiche, zum Teil an die Follikel gebundene Pusteln. In den von den beschriebenen Effloreszenzen abgekratzten Schuppen sowohl wie in der Decke der Pusteln finden sich lange dünne Myzelfäden, an deren Enden resp. zwischen deren Maschen sich zahlreiche in Haufen zusammenliegende hefeartige Gebilde nachweisen lassen. Auf Bierwürzeagar und Sabouraud-Nährboden angelegte Kulturen ergeben die bekannten gelblichbraunen, glatten, spiegelnden Kolonien mit dem charakteristischen Hefegeruch; mikroskopisch bestanden diese Kulturen aus runden und länglichen hefeartigen Elementen und vereinzelten Pilzfäden, welch letztere in alten trocken gewordenen Kulturen sehr reichlich auftraten. Eine genauere Schilderung des gefundenen Erregers und seines Wachstums auf den verschiedenen Nährböden erübrigt sich, weil sich die betreffenden Pilze in nichts von den bereits in den oben genannten Arbeiten ausführlich geschilderten unterscheiden.

Der Fall verlief so, daß das Fieber erst nach etwa zweieinhalbwöchentlichem Bestehen sehr allmählich herunterging, und zwar parallel der langsam fortschreitenden Besserung des Lokalbefundes durch Borsäureumschläge resp. Bleiwasser. Salben wurden gar nicht vertragen.

Es handelte sich also ganz ähnlich wie bei Blochs Falle um eine trichophytieähnliche Form der Oidiomykose bei einer Diabetika, die jedoch insofern eine gewisse Abweichung von dem Blochschen Falle darbot, als neben den scheibenförmigen Effloreszenzen sich noch zahlreiche Eruptionen von der Art der von Stähelin beschriebenen Dermatitis pust. oidiomycetica fanden.

Der Fall bietet auch insofern noch einiges Interesse, als er wieder die erhöhte Empfindlichkeit der diabetischen Haut gegenüber der Infektion mit Oidiomyzeten beweist. Bereits der ganz ungewöhnliche hoch fieberhafte Zustand der Pat. bei der spontan entstandenen Erkrankung gab den Beweis dafür. Als ich nun, um die Pathogenität der von der Pat. rein gezüchteten Kulturen festzustellen, der Kranken etwas von dieser Kultur mit Schmirgelpapier in die Kubitalgegend einrieb, bekam sie an dieser Stelle eine sehr akut mit hohem Fieber und Achseldrüsenschwellung einhergehende, weit über die eingeriebene Stelle hinaus sich ausbreitende, mit starken subjektiven Beschwerden verbundene pustulöse Dermatitis, die erst nach drei Wochen langsam abheilte. Die andere, nur mit Schmirgelpapier eingeriebene Seite blieb gesund. Aus den Pusteln resp. deren Residuen (Schuppen) ließ sich wieder die ursprüngliche Soorkultur reinzüchten.

Man wird in diesem doch sehr typischen klinischen Verlaufe der Impfung wohl den Beweis dafür sehen dürfen, daß die ursprünglich vorhandene Hautaffektion wirklich durch den Soorpilz hervorgerufen wurde, demnach als Oidiomykose aufzufassen ist.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich noch ganz kurz ohne Anführung von Versuchsprotokollen einige Erfahrungen mitteilen, die ich bei Impfversuchen mit Soorstämmen gemacht habe. Zunächst sei bemerkt, daß der eben erwähnte Stamm U. bei anderen nicht diabeteskranken Individuen nur eine gewöhnliche Dermatitis pust., niemals aber irgend welche Drüsenschwellungen oder Allgemeinerscheinungen erzeugte. Andere Diabetiker

Digitized by Google

zu impfen habe ich mir allerdings in Anbetracht der sehr unangenehmen Reaktion bei der Pat. U. versagen zu müssen geglaubt. Ganz allgemein konnte ich ebenso wie Stähelin bei Impfung mit den Stämmen aller meiner Fälle und mit echtem aus der Mundschleimhaut von Kindern oder der Vulva erwachsener Frauen (Soor der Vulva) gezüchtetem Soor eine pustulöse mit Krustenbildung und Nässen einhergehende Dermatitis erzeugen, die nach etwa zwei Wochen unter Schuppenbildung abheilte. Eine allgemeine Immunität entstand bei den Pat. durch Überstehen einer solchen Hautentzündung nicht. Dagegen sprach ja auch der weitere Verlauf des Falles U., bei dem noch lange nachher hin und wieder Neueruptionen an verschiedenen Stellen auftraten, und es sprachen auch dagegen meine Versuche an künstlich infizierten Individuen, die sämtlich, mehrmals mit den Kulturen an verschiedenen Stellen eingerieben, auch mehrmals erkrankten. Dagegen glaube ich bei manchen Personen eine gewisse lokale Immunität nach überstandener Dermatitis bemerkt zu haben. Es schien ganz allgemein bei Pat., die ich lokal mit Soor infizierte, bei Wiederimpfung der betreffenden Stellen ein viel milderer und schnellerer Ablauf der Dermatitis die Regel zu sein.

Trichophytieähnliche Affektionen von zirkumskripter Form durch Impfung mit Soorkulturen zu erzeugen, ist mir dagegen, trotz aller Mühe, die ich darauf verwandte, nicht gelungen. Zu ihrer Entstehung sind wohl noch Momente notwendig, die künstlich zu erzeugen wir nicht so ohne weiteres in der Lage sind. Dafür spricht auch der Umstand, daß ich mir selbst bei Impfversuchen mit dem gleich zu erwähnenden Fall Sch., der trichophytieähnlich verlief, an dem linken Handrücken, auf den wohl beim Impfen Material gelangt sein mußte, eine pustulöse Dermatitis zuzog, die durch fortwährend rezidivierendes Auftreten von kleinen follikulären Pustelchen charakterisiert war und sich, übrigens von harmloser Beschaffenheit, monatelang hinzog. Aus den trotz Jodtinkturbehandlung immer wieder bald hier bald dort aufschießenden Pustelchen konnte ich den Soorpilz züchten.

Einige weitere Fälle von Soorerkrankung der Haut, die allerdings weit milder als der ersterwähnte verliefen, möchte ich noch ganz kurz mitteilen.

Fall 2. Frau Sch., 70 Jahre alt. Kein Diabetes.

Anamnese. Seit mehreren Monaten entzündete Stelle am rechten Fußrücken, die sehr stark juckt.

Status. Am rechten Fußrücken nahe dem Metakarpo-Phalangealgelenk eine fünfmarkstückgroße, stark gerötete, schuppende Stelle, mit etwas erhabenem Rande. Zwischen der 2. und 3. und der 3. und 4. Zehe ist die Haut leicht gerötet, etwas aufgequollen, an einzelnen Stellen Reste von Bläschen.

Mikroskopisch finden sich in den Schuppen der Fußrückenaffektion und in der Zwischenzehenhaut feine Myzelien und Haufen von hefeartigen Mikroorganismen; die Kultur ergab Oidiomykose.

Es handelte sich also auch hier wieder, entgegen meiner ursprünglichen Annahme, daß eine Trichophytie vorliege, um eine Soorerkrankung.

Fall 3. Frau H., 40 Jahre alt.

Anamnese. Seit vier Wochen stark juckender Ausschlag an der Innenseite beider Oberschenkel.

Status. An der Innenseite beider Oberschenkel je eine kreisrunde, gerötete und mit Schuppen und Krusten bedeckte Stelle, die bis auf die Labia majora übergreift. Auch

Digitized by Google

ad anum und in der Crena ani diffuse Rötung der Haut. Mikroskopisch finden sich, obwohl der Fall sehr viel behandelt war, reichlich dünne Myzelfäden und die charakteristischen Sporenhaufen. Kultur: Oidiomykose.

Fall 4. Frau X., 75 Jahre alt. Schwer bewegliche, mit Gicht behaftete Frau. Seit mehreren Wochen Jucken ad genitalia und in der Mammagegend.

Status. Innenseite beider Oberschenkel und gesamte Regio pubis sowie Crena ani sind eingenommen von einem Exanthem, das teils trockene, leicht schuppende, teils ausgesprochen nässende Partien aufweist. Letzteres ist hauptsächlich in den behaarten Teilen der Fall. Die Haut ist nur wenig infiltriert. Ein erhabener Rand ist nur an einzelnen zirkumskripten Stellen eben angedeutet, da die Affektion schon viel behandelt ist. Etwas deutlicher ist der parasitäre Charakter an den beiden Mammae ausgesprochen. Hier sieht man an den abhängigen Teilen beider Mammae, übergreifend auf die die Rippen bedeckende Haut, je eine umschriebene kinderhandtellergroße erodierte Stelle mit deutlich erhabenem Rand. An beiden Stellen, in der Regio pubis sowohl als an den Mammae, findet man bei längerem Suchen in den abgekratzten Schuppen Myzelien und Haufen von hefeartigen Mikroorganismen. Kultur: Soor.

Die beiden letztgenannten Beobachtungen ähneln klinisch den von Mujis-Amsterdam[1]) im Jahre 1918 publizierten Fällen. Er beschrieb damals unter dem Titel „Endomyces albicans als Ursache einer Epidermomycosis inguinalis" eine auf das Skrotum übergreifende Affektion der Inguinalgegend, bestehend aus Pseudofollikulitiden und exfoliierender Dermatitis unter Neigung zur Entstehung abgegrenzter Herde. In den Schuppen fanden sich konstant Gruppen von mittelmäßig großen Sporen und Myzelfäden. Die Kultur ergab Soor. M. sah acht derartige Fälle in verschiedenen Sälen eines Krankenhauses, einen neunten bei einem Ehepaar, bei dem der Mann sich von der Frau infiziert hatte. Allerdings sind Mujis' Fälle vorwiegend ad genitalia lokalisiert — bei einem Falle eines vier Wochen alten Kindes gibt er die Lokalisation nicht besonders an. Das Kind hatte keine Mundschwämme —; aber es liegt wohl kein Grund vor, warum sich der Soor nicht auch an anderen Stellen, an dem er die notwendigen Vorbedingungen findet (Schweiß, Mazeration), ansiedeln und dort diese trichophytieähnlichen Herde verursachen sollte.

Besonders bemerkenswert ist bei Fall 4 die Lokalisation: außer den Genitalien sind noch die Mammae befallen, eine Art der Verteilung, die bereits Dubreuilh und Joulia[2]) beobachten konnten. Kumer[3]) beschreibt als Soormykose der Mamma vier Fälle, bei denen sonst keine Pilzerkrankung am übrigen Körper bestand. Bei zwei dieser Fälle war, wie er meint, die Übertragung durch die von den Frauen gestillten Kinder, die an Mundsoor litten, zustande gekommen. Mein Fall 4 zeigt, daß auch auf anderem Wege, wohl durch den kratzenden Finger, die Übertragung zustande kommen kann.

Über meine Stellungnahme zur interdigitalen Soormykose habe ich mich bereits auf dem Hamburger Kongreß geäußert. Ich habe mich damals dahin präzisiert, daß die von Kaufmann-Wolff zuerst nachgewiesenen Erreger mit größter Wahrscheinlichkeit wirklich die Ursache der genannten Affektionen sind, und ich möchte das heute, nachdem ich inzwischen mehrere weitere Fälle untersucht und immer wieder und wieder den Soorpilz und nur diesen als Erreger gefunden habe, nochmals unterstreichen. Dagegen ist mir die sichere künstliche Erzeugung des Krankheitsbildes durch Impfung des Pilzes auf die Interdigitalräume auch bis heute trotz zahlreicher Versuche, die ich anstellte, nicht gelungen.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich noch bemerken: Kumer[4]) hat mich mißverstanden, wenn er — offenbar auf Grund eines unvollständigen, nur wenige Zeilen um-

[1]) l. c. — [2]) Bull. de la soc. franç. de derm., 1921. — [3]) Die Soormykose der Haut. Arch. f. Derm., Bd. 140. — [4]) l. c.

Digitized by Google

fassenden Referats aus der Derm. W., Bd. 73, S. 984 — in seiner eben erschienenen Arbeit sagt, ich hätte infolge eigener mißglückter Infektionsversuche die ätiologische Bedeutung der Soorpilze bei der Interdigitalmykose bezweifelt. In derartig bestimmter Form habe ich das keineswegs getan. Ich habe, wie der Kongreßbericht[1]) beweist, ausdrücklich gesagt, daß auch ich glaube, daß der Soorpilz der Erreger der fraglichen Affektion ist, daß ich jedoch, wenigstens nach meinen Impfversuchen, es noch nicht für erwiesen erachte.

Diagnostisches.

Angesichts der Neuartigkeit des uns beschäftigenden Gebietes — die Soorerkrankungen der Haut sind erst seit etwa einem Jahrzehnt allgemein bekannt geworden, wobei ich natürlich die echte Blastomykose (Buschke, Busse, Gilchrist) außer acht lasse — lag es nahe, die Frage aufzuwerfen, ob denn überhaupt die bei den erwähnten klinisch und ätiologisch als Soorerkrankung aufgefaßten Dermatosen gefundenen Pilze wirklich die Erreger der Krankheit sind oder ob sie nur Saprophyten sind, die auf mazerierter oder stark exsudativ veränderter Haut sekundär sich angesiedelt haben. Diese Annahme findet in Untersuchungen von Frei[2]), der an mehreren Pat. mit nässenden Hauterkrankungen verschiedener Ätiologie Soorpilze als Schmarotzer auf der Oberfläche der Haut fand, eine gewisse Stütze. Und auch meine auf dem Hamburger Dermatologenkongreß mitgeteilte Beobachtung über das Vorkommen von Soorkulturen in den aus tiefer Trichophytie des Kopfes und Bartes abstammenden Kulturröhrchen mit unseren gewöhnlichen Trichophytievarietäten (cerebriforme usw.) könnte in diesem Sinne sprechen. Allerdings möchte ich bei dieser Gelegenheit mitteilen, daß nach Versuchen, die ich seither angestellt habe, diese aus Trichophytiekulturröhrchen rein gezüchteten Soorpilze offenbar keine pathologischen Fähigkeiten haben: ich konnte bei mehreren mit derartigen Kulturen angestellten Impfversuchen auf menschlicher Haut niemals pustulöse Dermatitiden der oben geschilderten Art erzeugen, während mir das, wie gesagt, mit echtem Soor aus der Mundschleimhaut resp. von den oben beschriebenen Hautaffektionen immer gelang. Sogar teilweise noch mit den schon sehr alten immer weiter gezüchteten Kolonien von Fabry, die er mir seinerzeit freundlichst überlassen hatte. Immerhin sprechen diese Beobachtungen doch für die Notwendigkeit, uns bei jedem Einzelfalle zu fragen: Wie vermögen wir das Vorhandensein von Soor nachzuweisen, und welche Kriterien berechtigen uns zu der Annahme, daß die fragliche

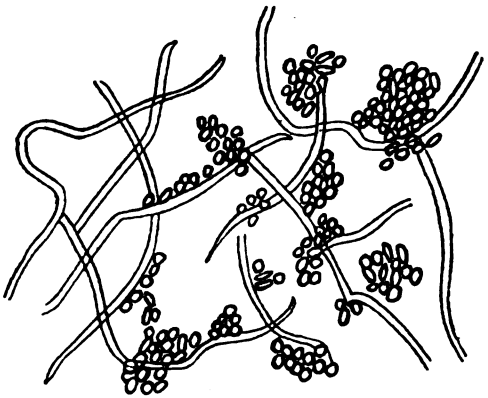


Abb. 1. Soor.
Myzelfäden und maulbeerartige Häufchen von Hefezellen. Starke Vergrößerung. Schuppenpräparat mit Kalilauge.

[1]) Arch., Bd. 138, S. 413. — [2]) l. c., S. 431.

Digitized by Google

Affektion wirklich durch Soor bedingt ist. Und da möchte ich auf Grund meiner Erfahrungen folgendes sagen: Beim Soor finden wir in den Schuppen oder in den Pusteldecken meist, d. h. wenn die Fälle nicht vorbehandelt sind, in großen Mengen die oben beschriebenen Pilzfäden und an ihren Enden resp. in den Maschen des Geflechtes die hefeähnlichen Sporenhaufen (vgl. Abb. 1). Diese letzteren kommen bei echter Trichophytie niemals vor, sondern, wie bekannt, nur Myzelien und die sogenannte Myzelversporung, d. h. in Reihen angeordnete Sporenketten, die ihrem ganzen Aufbau und Aussehen nach die Entstehung aus den Hyphen deutlich erkennen lassen (vgl. Abb. 2). Erweckt demnach das zahlreiche Vorkommen der eben beschriebenen Wuchsform bereits den sehr bestimmten Verdacht, daß es sich um Soor handelt, so wird dieser Verdacht

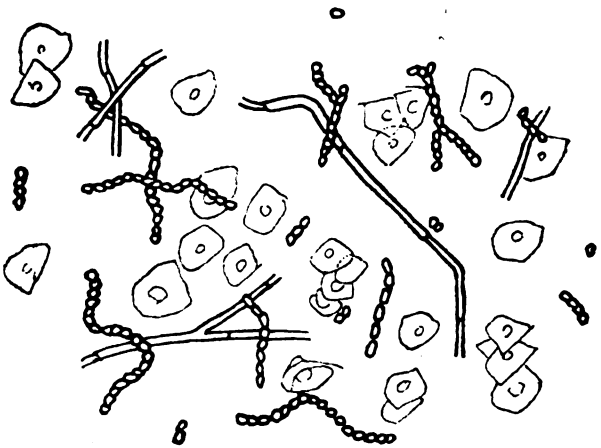


Abb. 2. Trichophytie.
Myzelfäden und Myzelsporen in Kettenform. Starke Vergrößerung. Schuppenpräparat mit Kalilauge.

meines Erachtens fast zur Bestimmtheit, wenn in zahlreichen oder, wie man es vielfach findet, fast in allen mit Hautstückchen beschickten Kulturröhrchen der Soorpilz in Reinkultur wächst, und zwar meist so, daß jedes ausgesäte Hautpartikelchen schon nach wenigen Tagen zum Mittelpunkt einer gelbweißen spiegelglatten Soorkultur wird. Nur selten entwickeln sich in diesen Fällen die ubiquitär vorhandenen Schimmelpilze; offenbar hat der Soorpilz im Gegensatz zur Trichophytie eine derartige Wachstumsenergie, daß er sogar diese überall vorhandenen Störenfriede überwinden kann. Ich glaube, daß, wenn wir bei der Untersuchung eines verdächtigen Falles diese beiden Kriterien, den mikroskopischen Befund in den Schuppen und den Kulturbefund in den Röhrchen so wie geschildert finden, wir dann daraus schließen müssen, daß der Soor in diesem Falle nicht nur zufällig vorhandener Saprophyt ist, sondern in ätiologischem Verhältnis zu der betreffenden Dermatose steht. Insbesondere ist in dieser Beziehung, wie ich noch hervorheben

Digitized by Google

möchte, die Kultur, zu der man, wie gesagt, nicht zu wenig Material und möglichst viele kleine Einzelstückchen verwenden muß, beweisend, während das mikroskopische Präparat, wenn der Fall schon viel behandelt ist, gelegentlich versagt. Beachtet man diese Richtlinien, so wird man im allgemeinen die Diagnose Soor nicht an falscher Stelle stellen. Das beweisen auch meine eigenen oben erwähnten Fälle von Soornachweis in Trichophytieröhrchen: hier war der Soorpilz nur in ganz wenigen mit dem betreffenden Material beschickten Kulturröhrchen als gelegentlicher Saprophyt gewachsen, meist nur in einem einzigen, und der mikroskopische Nachweis von Myzelfäden mit den charakteristischen Sporenhaufen war mir überhaupt in den Schuppen und Haaren niemals gelungen. Auch Frei dürfte es — er teilt nichts darüber mit, wie häufig er mikroskopisch den Pilz fand, und in wie vielen der beschickten Kulturröhrchen Kolonien von Soor sich entwickelten — ähnlich ergangen sein. Außerdem muß man ja natürlich bei der Diagnose auch das klinische Bild zu Rate ziehen. Man wird nur in den Fällen auf Soor fahnden, wo er überhaupt dem ganzen Aussehen der betreffenden Dermatose nach als ätiologischer Faktor in Frage kommt. Daß man z. B. in einer übel versorgten, mit einer dicken Kruste bedeckten ulzerösen Affektion neben zahlreichen anderen Mikroorganismen gelegentlich kulturell auch einige Soorkolonien finden wird, ist mir nicht zweifelhaft; die charakteristischen schmalen, mit Haufen von hefeartigen Mikroorganismen vermischten Myzelfäden des frischen mit Kalilauge aufgehellten Schuppenpräparates wird man sicherlich vermissen oder doch nur, wie ich das mehrmals konnte, vereinzelte runde, stark lichtbrechende Gebilde nachweisen können: Soorzellen, von denen offenbar die in derartigen Fällen gelegentlich zur Entwicklung gelangenden Kolonien ihren Ursprung nehmen.

Wir müssen also, um zusammenzufassen, zur Zeit für die Diagnose Hautsoor folgende Kriterien als maßgebend ansehen:

1. Das klinische Bild: Diffus verteilte oder in Gruppen- resp. Kreisform angeordnete pustulöse Effloreszenzen einerseits, trichophytieähnliche, eventuell mit Intertrigo kombinierte Formen andererseits.

2. Im nativen mit Kalilauge aufgehellten Schuppenpräparat Fäden mit Haufen von hefeähnlichen Mikroorganismen, wie Abb. 1 zeigt.

3. In der Kultur: Beschickung der Röhrchen (Bierwürzeagar oder Sabourauds Milieu d'Epreuve) mit möglichst zahlreichen kleinen Hautstückchen resp. Teilen der Pusteldecke oder deren Inhalt. Falls Soor vorhanden, Auswachsen aller oder doch fast aller ausgesäten Stückchen zu Kolonien innerhalb acht bis zehn Tagen.

NB. 2 kann versagen, wenn der Fall vorbehandelt ist; allerdings fehlt dann das für die Diagnose Hautsoor wichtigste und entscheidendste Kriterium, da der positive Kulturbefund allein wie ausgeführt hinsichtlich der ätiologischen Bedeutung der gefundenen Erreger Zweifel offen lassen kann.

Digitized by Google

Aus der Hautklinik der städtischen Krankenanstalten Dortmund (Leiter: Prof. Dr. Fabry).

Über einen Fall von Angiokeratoma naeviforme.

Von

Dr. H. Bockholt, Assistenzarzt.

Mit 1 Abbildung im Text.

Seitdem man auf Fälle von Angiokeratom aufmerksam geworden ist, welche nicht in das klassische Bild des Angiokeratoma Mibelli passen, die also nicht den typischen Sitz an Händen und Füßen haben und keinen Zusammenhang mit Kongelatio aufweisen, ist es zuerst Fabry gewesen, welcher dieser Frage näher trat, durch Klarstellung des ätiologischen Unterschiedes zwei Typen des Angiokeratoms voneinander abgrenzte und deren wesentliches Charakteristikum auch in der Namengebung zum Ausdruck brachte. Fabry machte auf Grund der Beobachtung eines Angiokeratoma universale (1898), das anfangs als Purpura nodosa haemorrhagica (1) gedeutet worden war, und eines Falles von Angiokeratoma circumscriptum am rechten Oberschenkel (1915 [2]) gelegentlich der Publikation dieses letzteren Falles den Vorschlag, in zwei Gruppen zu trennen:

1. Angiokeratoma digitorum acroasphycticum,
2. Angiokeratoma corporis naeviforme.

Gestützt wurde diese Forderung durch den von Grouven (3) auf dem Berner Dermatologenkongreß 1906 vorgestellten Fall von Angiokeratoma circumscriptum am rechten Oberarm. Hinzu kam dann später (1916 [4]) Stümpkes Veröffentlichung eines Angiokeratoma corporis diffusum. Sind es demnach bisher vier Fälle in der Literatur, welche einwandfrei in die zweite Gruppe Fabrys einzureihen wären, so sind wir in der Lage, diesen einen fünften Fall hinzuzufügen, der uns vor kurzer Zeit zu Gesicht kam.

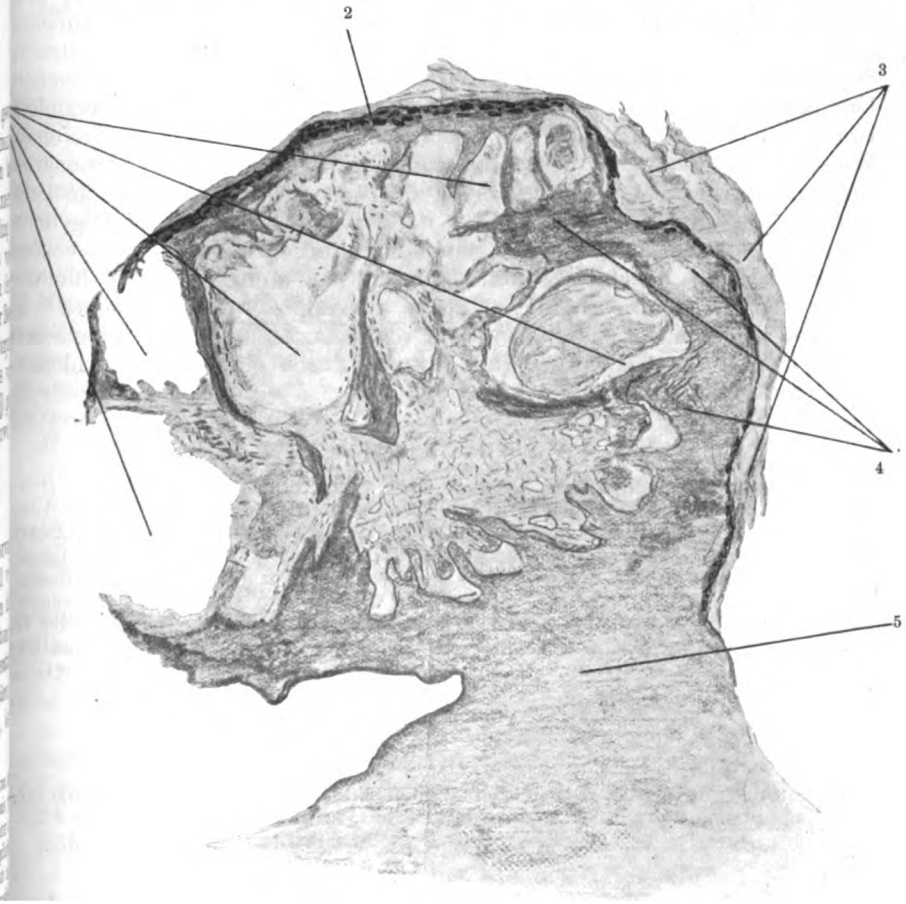
Es handelt sich um einen 22jähr. Mann, welcher wegen zwei etwa erbsengroßer Geschwülstchen von Condylomata acuminata im Sulcus coronarius penis unsere Ambulanz aufsuchte. Als Nebenbefund zeigte sich zwei Querfinger hinter dem Sulcus coronarius auf der Penishaut rechts ein tief blaurötlich gefärbtes, pilzförmiges Geschwülstchen von Linsengröße. Dasselbe saß oberflächlich in der Haut und ließ sich mit derselben leicht abheben und verschieben; es war auf Druck unempfindlich. Auf Druck mit dem Diaskop behielt es seine Farbe bei. Die feine Rauhigkeit der Oberfläche, die sich schon dem Auge darbot, machte sich auch dem tastenden Finger bemerkbar. Auf die Frage, seit wann dieses Geschwülstchen bestehe, machte der Pat. die Angabe, daß es von Geburt an, jedenfalls aber solange er sich besinnen könne, unverändert vorhanden gewesen sei.

Auf Grund des äußeren Aspektes und des Rauhigkeitsgefühles beim Darüberstreichen mit dem Finger wurde sogleich die Vermutung laut, daß es sich um ein Angiokeratom handle. Die histologische Untersuchung der mit der Schere in Lokalanästhesie entfernten Effloreszenz bestätigte völlig die klinische Diagnose.

Der in Abbildung beigegebene, mit Hämatoxylin gefärbte Schnitt ließ in voller Deutlichkeit die beiden anatomischen Komponenten des

Digitized by Google

Angiokeratoms erkennen. Den Hauptbestandteil des Geschwülstchens bildete ein Konglomerat exzessiv buchtig ausgeweiteter Kutisgefäße. In den charakteristischen sinuösen Hohlräumen waren an den Wandungen rote Blutkörperchen nachzuweisen, größtenteils waren sie natürlich herausgefallen. Die Wandungen zeigten ein flaches Endothel. Teilweise reichten die Bluträume bis dicht an die Oberfläche, so daß das Epithel an diesen



1 = Blutgefäßräume. 2 = Stratum granulosum. 3 = Hyperkeratose. 4 = Akanthose. 5 = Stiel des Geschwülstchens.

Stellen stark verdünnt und im Schnitt eingerissen war. Infolge des Blutdruckes waren die Retezapfen aus ihrer normalen Anordnung verdrängt, sie waren nur noch als unregelmäßige, zusammengedrückte und in die Länge gezogene Reste erkennbar. Das Stratum granulosum war überall in normaler Breite vorhanden, etwas dünner war es an den hyperkeratotischen Stellen. Die letzteren finden sich in der Abbildung besonders rechts. In den tieferen Epithellagen sieht man an dieser

Digitized by Google

Stelle Akanthose. Im großen und ganzen haben wir hier dasselbe histologische Bild vor uns, wie es FABRY in seinem Fall von universellem Angiokeratom gezeigt hat und wie es sich auch sonst in der Literatur des Angiokeratoms (MIBELLI) findet.

Der vorliegende Fall nimmt deshalb unser besonderes Interesse in Anspruch, weil bei ihm klarer als in den bisher bekannt gewordenen Fällen der nävusartige Charakter hervortritt. Während in FABRYS und GROUVENS Fall von zirkumskriptem Angiokeratom die ersten Anfänge sich im Alter von sieben bzw. fünfzehn Jahren einstellten und lediglich die Lokalisation und die Systematisation der Anordnung den nävogenen Ursprung andeuteten, besteht in unserem Falle die Affektion unverändert von Geburt oder wenigstens von der frühesten Kindheit an, in einer Weise, wie wir sie bei den ganz geläufigen Pigment- oder stationären Gefäßmälern zu sehen gewohnt sind, über deren Nävusnatur heute kein Dermatologe streitet. Alles spricht dafür, daß wir es im vorliegenden Falle mit einer embryonal angelegten Mißbildung der Haut, einem echten Nävus, zu tun haben. Es wäre hiermit ein weiterer Beleg für die Richtigkeit der FABRYschen Einteilung der Angiokeratome geliefert.

Die Therapie war für uns mit der Exzision zur histologischen Untersuchung gegeben. Die Wunde wurde durch eine Naht geschlossen und Trockenverband angelegt.

Literatur.

1. FABRY, Ein Beitrag zur Kenntnis der Purpura haemorrhagica nodularis (Purpura papulosa haemorrhagica Hebrae). Arch. f. Derm., Bd. 43, S. 187. — 2. FABRY, Über einen Fall von Angiokeratoma circumscriptum am linken Oberschenkel. Derm. Zschr., Bd. 22, H. 1. — 3. GROUVEN, Verhandlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, 9. Kongreß, S. 327. — 4. STÜMPKE, Ein Fall von Angiokeratoma corporis diffusum. Arch. f. Derm., Bd. 121, S. 291. — 5. Siehe auch die Arbeit von FABRY und ZIEGENBEIN. Über zwei Fälle von Lymphangiokeratoma circumscriptum naeviforme. Derm. W., Bd. 72, S. 53, in welcher auf die Analogie zwischen Hämangio- und Lymphangiokeratom hingewiesen wird.

Aus der serologisichen Abteilung (Leiter: Privatdozent Dr. KAFKA) der Staatskrankenanstalt und psychiatrischen Universitätsklinik Friedrichsberg in Hamburg
(Direktor: Prof. Dr. WEYGANDT.)

Über das hämolytische Komplement des Blutes, besonders bei Syphilis.

Von

Dr. B. VON LANDMANN.

Das Verhalten der Hämolysine des Blutserums speziell beim Syphilitiker ist durch die Arbeiten von ELIASBERG, WEIL und KAFKA, KAFKA, HIERONYMUS, RÖSSLE, POPOFF, NATHAN, KAFKA und HAAS, EICKE, in jüngster Zeit MANDELBAUM eingehender Untersuchung unterzogen worden. Die Uneinheitlichkeit der Ergebnisse der Autoren, sowie eine Reihe unge-

Digitized by Google

klärter Fragen veranlaßten uns, mit neuen Versuchsanordnungen an dieses Gebiet heranzutreten [1]).

In erster Linie wurde das Verhalten des hämolytischen Komplements bei frischer Lues, Paralyse und bei nicht luetischen Seren untersucht.

Die Versuchsanordnung war folgende: Zu absteigenden Serummengen (0,2, 0,1, 0,05 ccm des aktiven Serums) wurden je 0,5 ccm 5% Hammelblutkörperchen pipettiert und mit 9%iger Kochsalzlösung auf 1 ccm aufgefüllt. Sodann kam der Versuch $^1/_2$ Stunde in ein Wasserbad von 37°. Die Ablesung wurde zum erstenmal nach der Entfernung aus dem Wasserbad, zum zweitenmal nach 24 Stunden vorgenommen (Eisschrank). Das Serum wurde nach Möglichkeit zum erstenmal 2 bis 4 Stunden nach der Blutentnahme untersucht und die Untersuchung nach 24, 48, 72 und mehr Stunden wiederholt.

Die Zahl der Fälle, bei denen eine Lues mit ziemlicher Sicherheit ausgeschlossen werden konnte, und bei denen sowohl die WR als die Sternsche Reaktion negativ waren, betrug 37. 12 davon konnten schon wenige Stunden nach der Blutentnahme untersucht werden. Bei allen diesen Fällen trat bei der Serumdosis 0,1 eine völlige Lösung der Hammelblutkörperchen ein. Es bestand also in keinem Fall eine Komplementverminderung. (Bei der Dosis 0,05 blieb fünfmal ein kleiner Teil des Hammelblutes ungelöst.) Bei der Untersuchung, die 24 Stunden nach der Blutentnahme vorgenommen wurde, ergab sich unter 23 Seren viermal eine geringe Herabsetzung der lösenden Kraft, also in 14,5%. 48 Stunden nach der Blutentnahme fand sich unter 24 Seren sechsmal eine Komplementverminderung, also in 15%; dabei handelte es sich stets um ganz leichte Grade des Komplementschwundes. 3 Tage nach der Blutentnahme war unter 15 untersuchten Seren siebenmal, also in 45% der Komplementgehalt deutlich herabgesetzt [2]).

Die zweite untersuchte Gruppe betraf Fälle von Frühlues, und zwar zum größten Teil Kranke, die schon eine oder mehrere spezifische Kuren durchgemacht hatten und bei denen heute die WR negativ war. Diese Gruppe enthielt 25 Fälle. 19 Seren wurden gleich nach der Blutentnahme untersucht, wobei sich zweimal eine Verminderung des Komplementgehalts ergab (10,5%), die aber beide Male recht gering war. 24 Stunden nach der Blutentnahme wurden 21 dieser luetischen Seren untersucht. Viermal trat keine völlige Lösung ein, also in 19,5%. Unter 10 nach 24 Stunden untersuchten Seren fand sich viermal, also in 20% eine mäßige Herabsetzung des Komplementgehalts.

Bei behandelter Frühlues ist der Komplementmangel also anscheinend etwas häufiger als bei nichtluetischen Seren; die Herabsetzung des Komplementgehaltes ist aber auch hier nur gering und nimmt nur langsam zu.

Anders verhielt sich die Gruppe der Paralysefälle. Es wurden im ganzen 41 Seren von Paralytikern verarbeitet. 19 Seren wurden 2—3 Stunden nach der Blutentnahme untersucht. Dabei fand sich dreimal ein mäßiger, aber deutlicher Komplementmangel (15,8%).

---

[1]) Tabellen und ausführliche Versuchsprotokolle sind in dieser Arbeit wegen der infolge der Zeitverhältnisse gebotenen Raumsparsamkeit nicht gebracht. Sie werden vielleicht später a. a. O. ausführlich wiedergegeben werden. — [2]) Es seien noch 4 Fälle mit positiver Sternscher Reaktion, aber ohne irgend welchen Anhalt für Lues erwähnt. Bei dreien davon war mäßiger Komplementschwund vorhanden.

Digitized by Google

Unter 31 24 Stunden nach der Blutentnahme untersuchten Seren trat neunmal Komplementverminderung auf (37,5 %), sechsmal zeigte sich ein mäßiger, zweimal ein hochgradiger und einmal ein völliger Komplementmangel. Bei einigen (3) dieser Fälle konnte durch Untersuchungen an mehreren Tagen eine ziemlich rasche Abnahme des Komplements beobachtet werden, bei einem Fall dagegen blieb die etwas verminderte Lösungskraft 3 Tage konstant. In 2 Fällen war der Komplementgehalt sogar 96 Stunden nach der Blutentnahme noch unverändert. Die Fälle mit stärkerem Komplementmangel hatten alle positiven Blutwassermann.

Es ergab sich also, daß bei der Paralyse der Komplementmangel häufiger vorkommt und deutlicher ist als bei normalen und frühluetischen Seren. In den Fällen, bei denen der Komplementgehalt der Seren von vornherein herabgesetzt ist, nimmt er meist rasch weiter ab; es dauert aber doch häufig mehrere Tage, bis das Komplement zugrunde gegangen ist. Ein völliger Komplementschwund nach 24 Stunden konnte nur einmal beobachtet werden. Die Untersuchungen zeigten, daß das Komplement in den meisten Fällen extra corpus zugrunde geht (Mandelbaum). Doch gibt es auch Fälle, wie schon Kafka berichtet, in denen von der ersten Untersuchung an eine Schädigung des Komplements nachweisbar ist. Andererseits bleiben manche Seren von Paralytikern durch Tage in ihrer verminderten Lösungskraft gleich.

Des weiteren prüften wir die Versuche Mandelbaums nach, in denen er nachwies, daß der Blutkuchen das Serum bei der Temperatur von 37° vor dem Zugrundegehen des Komplements schützt.

Wir gingen so vor, daß wir zuerst das Serum kurz nach der Entnahme auf seinen Komplementgehalt untersuchten; das übrige Serum wurde sodann in 6 Portionen geteilt, von denen 3 wieder mit Blutkuchen versetzt wurden. Es wurde dann je eine Portion mit und ohne Blutkuchen bei Zimmertemperatur im Eisschrank und im Brutschrank 24 Stunden aufbewahrt.

Die am folgenden Tage angestellte Untersuchung auf Komplement gab folgendes Resultat: Die beiden bei Zimmertemperatur aufbewahrten Proben verhielten sich völlig gleich. Das Serum, das ohne Blutkuchen der Brutschranktemperatur ausgesetzt war, hatte seinen Komplementgehalt in der Mehrzahl der Fälle fast völlig verloren. In 6 von 22 Fällen zeigte sich das Komplement allerdings der Temperaturerhöhung gegenüber sehr resistent und war nur etwas vermindert. Das auf dem Blutkuchen bei 37° aufbewahrte Serum erschien in allen Fällen kaum oder gar nicht geschädigt. Wir konnten also die Versuche von Mandelbaum bestätigen.

Eine merkwürdige Beobachtung wurde bei den im Eisschrank auf dem Blutkuchen aufbewahrten Serumproben gemacht. Bei 2 Fällen wirkte nämlich die Kombination von Eisschranktemperatur und Blutkuchen schädigend auf das Komplement, es war fast völlig zugrunde gegangen, während dieselben Seren, ohne Blutkuchen im Eisschrank aufbewahrt, noch reichlich Komplement enthielten. Einen Tag später zeigte allerdings auch das ohne Blutkuchen aufbewahrte Serum Komplementschwund. Es waren also Seren, bei denen das Komplement wenig resistent war.

Wir suchten nun festzustellen, welche Bestandteile des Blutkuchens, Blutkörperchen oder Fibrin, diese schützende Kraft haben.

Digitized by Google

Zuerst stellten wir Versuche mit Blutplasma an. Das Plasma wurde dadurch gewonnen, daß das aus der Armvene entnommene Blut in eine 1,1% ige Lösung von Natrium citricum aufgefangen wurde, und zwar so, daß 3 Teile Blut mit 1 Teil der Lösung vermischt und sogleich gut durchgeschüttelt wurden. Nachdem sich die Blutkörperchen zu Boden gesetzt hatten, wurde das Plasma vorsichtig abpipettiert.

Die Komplementuntersuchung wurde nun zuerst mit dem Serum und dem Plasma ein und desselben Patienten angestellt, wobei wegen der voraus gegangenen Verdünnung vom Plasma entsprechend größere Quantitäten gewonnen wurden. Es zeigte sich dabei kein wesentlicher Unterschied des Komplementgehaltes im Plasma und Serum. Kontrollversuche, in denen Hammelblutkörperchen mit Natrium-citr.-Lösung in gleichen Verhältnissen versetzt worden waren, zeigten, daß die Zusatzflüssigkeit keinen schädigenden Einfluß auf die Hammelblutkörperchen hat, also keine Gefahr besteht, daß durch sie eine Lösung vorgetäuscht wird.

Es wurde nun von demselben Serum und Plasma je eine Probe im Eisschrank und im Brutschrank 24 Stunden aufbewahrt; im Brutschrank außerdem auch Serum und Blutkuchen. Die nach 24 Stunden an den 5 Proben angestellte Untersuchung auf Komplement gab folgendes Resultat: Die im Eisschrank aufbewahrten Proben hatten ihre Lösungskraft gegen den vorherigen Tag kaum oder gar nicht verändert. Das im Brutschrank mit und ohne Blutkuchen aufbewahrte Serum verhielt sich wie bei den vorhergegangenen Versuchen. Das Plasma stand in bezug auf den Komplementgehalt in der Mitte. Es bot also einen gewissen Schutz für das Komplement, der aber nicht so ausgiebig war, wie jener des Blutkuchens. Innerhalb dieser Grenzen zeigten sich große Verschiedenheiten. In manchen Fällen kam die Schutzwirkung des Plasmas der des Blutkuchens sehr nahe, in anderen Fällen löste das bei 37° aufbewahrte Plasma nur etwas besser als das ebenso vorbehandelte Serum. In einem Fall zeigte sich das Serum der Temperaturerhöhung gegenüber resistenter als das Plasma. Es ergab sich somit, daß im Plasma mehr oder weniger Stoffe enthalten sind, die das Komplement bei 37° Temperatur vor dem Zugrundegehen schützen.

Da die Schutzwirkung des Plasma aber nicht so ausgiebig war wie die des Blutkuchens, so lag die Vermutung nahe, daß ein Teil der schützenden Stoffe in den Blutkörperchen verblieben war. Es wurden daher die Blutkörperchen, die sich bei der Gewinnung des Plasmas zu Boden gesetzt hatten, in physiol. Kochsalzlösung gewaschen, um sie von etwaigen Plasmaresten zu reinigen und dann einer Serumportion zugesetzt. Diese wurde dann 24 Stunden in den Brutschrank gestellt; ebenso eine Portion desselben Serums ohne Blutkörperchen, eine Portion mit Blutkuchen und eine Probe des entsprechenden Plasmas. Die nach der abgelaufenen Zeit angestellte Untersuchung auf Komplement ergab dann: bei dem Serum mit und ohne Blutkuchen und bei dem Plasma die oben geschilderten Resultate; das mit gewaschenen Blutkörperchen vermischte Serum löste fast ebenso gut, wie das mit Blutkuchen versetzte, also häufig viel besser als das Plasma; dabei war es gleich, ob die Blutkörperchen aus demselben oder einem anderen Blute stammten.

Digitized by Google

Es zeigte sich somit, daß die das Komplement schützenden Stoffe zum größeren Teil aus den Blutkörperchen stammen und mehr oder weniger auch in das Plasma übergehen; in seltenen Fällen vielleicht auch in das Serum (wenn dieses bei 37° seinen Komplementgehalt nicht verliert).

Einer Erwärmung auf 56 % hielt weder das mit Blutkuchen versetzte Serum noch das Plasma stand. Die Prüfung auf Komplementgehalt fiel völlig oder fast völlig negativ aus.

Wir versuchten fernerhin, den Komplementschwund genauer zu differenzieren, indem wir feststellten, ob das Mittel- oder das Endstück oder beide Teile des Komplements zugrunde gegangen waren.

Zu diesem Zweck stellten wir Mittel- und Endstück aus Meerschweinchen-Serum her, und zwar fällten wir das Mittelstück durch Einleiten von Kohlensäure aus nach der von Liefmann angegebenen und von H. Braun ausgearbeiteten Methode. Wir hielten uns dabei an die in der Arbeit von H. Braun angeführten Versuchsanordnungen.

Bei den folgenden Versuchen wurden immer Mittel- und Endstückmengen genommen, die 0,05 ccm Komplement entsprachen, also vom Mittelstück, das auf das Zweifache verdünnt worden war, 0,1 und vom Endstück, das zehnfach verdünnt worden war, 0,5. Um festzustellen, ob die Spaltung gelungen war, stellten wir stets einen Vorversuch an. Es wurden 3 Röhrchen mit je 1 ccm sensibilisierten Hammelblutkörperchen angefüllt; dem ersten wurden 0,1 ccm Mittelstück, dem zweiten 0,5 ccm Endstück und im dritten 0,1 ccm Mittel- und 0,5 ccm Endstück zugesetzt. Die 3 Röhrchen kamen auf eine halbe Stunde in ein Wasserbad von 37°. Wenn die Spaltung gelungen war, so mußten die ersten beiden Röhrchen völlige Hemmung, das letzte völlige Lösung zeigen. Wiesen das Mittel- oder das Endstückröhrchen mehr als eine Spur Lösung auf, so wurden die bei der Spaltung gewonnenen Komplementteile als unbrauchbar betrachtet und nicht weiter verwendet. Häufig konnten wir beobachten, daß das Mittelstück unmittelbar nach der Spaltung einen gewissen Grad von Lösung zeigte, während es 24 Stunden später nicht mehr löste. Wir fanden diese Veränderung in gleicher Weise, ob das Mittelstück in gelöstem oder ungelöstem Zustande über Nacht im Eisschrank aufbewahrt worden war. Andererseits zeigte es sich bei dem Versuch, Mittel- und Endstück wieder zusammenzufügen und dadurch die Funktion des Komplements wiederherzustellen, daß dann, wenn die beiden Spaltungsprodukte vom Tage vorher stammten, eine sehr unvollständige Lösung zustande kam. Um diesem Mißstand abzuhelfen, persensibilisierten wir, wie es Guggenheimer vorgeschlagen hatte, die Hammelblutkörperchen mit Mittelstück, d. h. wir ließen auf 1 ccm sensibilisierter Blutkörperchen 0,1 ccm Mittelstück 10 bis 15 Minuten im Wasserbad von 37° einwirken und setzten erst dann das Endstück zu. Auf diese Weise gelangen die Versuche stets. Voraussetzung war allerdings, daß die Spaltung am Tage vorher stattgefunden hatte. Waren Mittel- und Endstück frisch hergestellt, so hatte die Persensibilisierung keinen Erfolg; es war dann sogar die Lösung der Hammelblutkörperchen eine geringere als bei gleichzeitigem Zusatz der beiden Komplementteile.

Hatte nun der Vorversuch ergeben, daß Mittel- und Endstück brauchbar sind, so konnte zu dem eigentlichen Versuch übergegangen werden. Zu diesen Versuchen wurden meist Sera genommen, bei denen die Kontrolle der Sternschen Reaktion eine starke Hemmung ergeben hatte, da man annehmen konnte, daß bei diesen Seren Komplementmangel besteht. Bis auf wenige Ausnahmen, bei denen die Hemmung aus anderen Gründen zustande gekommen sein mußte, bestätigte sich auch diese Annahme. Es konnte bei diesem Vorgehen allerdings nicht verhindert werden, daß die Sera 2 bis 3 und mehr Tage alt waren bis sie zur Untersuchung kamen.

Die Versuchsanordnung war folgende: Es wurden 3 Röhrchen mit 0,1 ccm des betreffenden Serums angesetzt. Dem ersten Röhrchen wurden sensibilisierte Blutkörperchen, dem zweiten persensibilisierte Blutkörperchen (0,1 ccm Mittelstück) und dem dritten sensibilisierte Blutkörperchen und 0,5 ccm Endstück zugesetzt. Alle 3 Röhrchen wurden auf das gleiche Volumen mit 0.9 %iger Kochsalzlösung aufgefüllt und eine Stunde in ein Wasserbad von 37° gestellt. Trat nun im ersten Röhrchen, wie das

Digitized by Google

meistens der Fall war, keine Lösung auf, dagegen im zweiten oder dritten, so war damit erwiesen, daß zwar das Komplement zerstört war, daß aber einer seiner Bestandteile noch im Serum vorhanden war, und daß dieser sich mit dem zugesetzten anderen Teil wieder zur Komplementwirkung ergänzt hatte.

15 verschiedene Sera wurden in der oben beschriebenen Art untersucht, von diesen waren in 9 Fällen das Komplement ganz geschwunden, bei 6 Fällen stark gemindert. Bei 2 Fällen, die nur Spuren von Hammelblutkörperchen lösten, erfolgte bei Zusetzen von Mittelstück eine stärkere Lösung, während der Zusatz von Endstück die Reaktion unbeeinflußt ließ. In 5 Fällen, bei denen das Komplement ganz geschwunden war, zeigte sich bei Zusatz von Endstück eine fast völlige Lösung, bei Zusatz von Mittelstück dagegen blieben die Hammelblutkörperchen ungelöst.

In 5 Fällen erhöhte sowohl der Zusatz von Mittelstück als auch der von Endstück die hämolytische Kraft der Sera, wobei in 3 Fällen der Zusatz von Endstück stärker wirkte. 3 Sera, die schon 5 bis 6 Tage alt waren, lösten weder bei Zusatz von Mittel- noch von Endstück die Hammelblutkörperchen.

Die Versuche zeigten also, daß häufig noch eine Komponente des Komplements erhalten ist, wenn die Komplementuntersuchung schon ein völlig negatives Resultat ergibt, und daß diese Komponente wieder in Wirkung treten kann, wenn sie durch Zusatz der anderen Komponente zum Komplement ergänzt wird. Es hat den Anschein, daß das Endstück im allgemeinen früher zugrunde geht als das Mittelstück. Unter den 12 in Betracht kommenden Fällen war achtmal das Endstück mehr geschädigt als das Mittelstück, die Zahl der untersuchten Fälle ist aber zu gering, um sichere Schlüsse daraus ziehen zu können.

Der Versuch, Mittel- und Endstück einzeln nachzuweisen, wurde nun auch mit Seren vorgenommen, deren Komplement durch Erwärmen geschädigt worden war. 6 Sera wurden vor dem Versuch 24 Stunden auf 37° erwärmt. Bei sämtlichen ergab die Untersuchung auf Komplement keine oder nur Spuren von Lösung. Bei Zusatz von 0,1 ccm Mittelstück kam zweimal eine völlige und dreimal eine geringe Lösung zustande, einmal ging das Resultat verloren. Bei Zusatz von 0,5 ccm Endstück kam dreimal eine völlige, zweimal eine mäßige und einmal eine Spur Lösung zustande. Das Mittelstück zeigte sich also auch bei diesen Versuchen etwas widerstandsfähiger als das Endstück.

Zuletzt wurden noch 6 inaktivierte Sera auf ihren Gehalt an End- und Mittelstück untersucht. Bei Zusatz von Mittelstück trat einmal eine Spur, fünfmal keine Lösung auf. Der Zusatz von Endstück rief in zwei Fällen eine deutliche Lösung hervor. Es erwies sich auch dieses Mal das Mittelstück etwas resistenter als das Endstück.

Fassen wir nun die Ergebnisse unserer Versuche zusammen, so kommen wir zu folgenden Schlüssen:

1. Bei Frühlues findet sich ziemlich selten und in geringem Maße eine Verminderung des Komplementgehalts; bei Paralyse ist der Komplementmangel bedeutend häufiger und intensiver.

2. Der Komplementschwund erfolgt meist extra corpus, ist aber nicht selten auch schon kurz nach der Blutentnahme nachweisbar.

Digitized by Google

3. Die schützende Wirkung des Blutkuchens bei Erwärmung des Serums auf 37° wird verursacht durch Stoffe, die größtenteils in den Blutkörperchen, in geringerem Grade aber auch im Blutplasma enthalten sind.

4. Beim spontanen Zugrundegehen des Komplements ist meist noch ein Bestandteil nachzuweisen, und zwar das Mittelstück häufiger als das Endstück. Diese Widerstandsfähigkeit des Mittelstücks zeigt sich auch bei der 24stündigen Erwärmung des Serums bei 37° und beim $^1/_2$stündigen Inaktivieren bei 56°.

Versammlungen.

Versammlung südwestdeutscher Dermatologen in Stuttgart am 27. und 28. Mai 1922.

Hammer: **Über Hautreize und Hautreizbarkeit.** (Erschien in Derm. W., 1922, Nr. 39 u. 40.)

Maerz-Stuttgart: **Über künstliche Erzeugung von Hautblutungen zur Untersuchung der Hautkonstitution.** Demonstration der Versuchsanordnung.

Aussprache: Otfr. Müller-Tübingen, Rost-Freiburg, Sack-Heidelberg, Loeb-Mannheim, Klein-Frankfurt, Gans-Heidelberg, Bettmann-Heidelberg.

Krankenvorstellungen.

Stühmer-Freiburg: **Ausgedehnte Sklerodermie mit Depigmentierung.**

Fr. Veiel-Cannstatt: **Fleckförmige Sklerodermie** im Anschluß an eine Verletzung.

Schmidt-Tübingen: **Multiple Xanthome.** Auftreten bei sechs Familienmitgliedern. Hinweis auf den Einfluß der Menses auf den Cholesteringehalt des Blutes. Bei den Eltern besteht Hypercholestearinämie.

Tannhauser-Stuttgart: **Myositis luetica** und **Leberlues.**

Fr. Veiel-Cannstatt: **Urticaria pigmentosa.** Mikroskopische Präparate.

Rost empfiehlt Horminum masc. Natterer.

Schmidt-Tübingen: **Boecksches Lupoid.** Lupus pernio mit Ostitis cystica multiplex. Papulo-nekrotische Tuberkulide.

Tannhauser-Stuttgart: **Papulo-nekrotische Tuberkulide.**

Marthum-Stuttgart: **Lupus erythematodes.**

Hammer-Stuttgart: Zwei Fälle von **Lupus erythematodes.**

Rost weist auf die Verschiedenheit in der Verbreitung des Lupus erythematodes hin, was von Hauck-Erlangen bestätigt wird. Möglicherweise Einfluß der Kälte und Wärme.

v. Zumbusch lehnt Zusammenhang mit Tuberkulose vollkommen ab. Vor der Behandlung der Hauttuberkulose nach Ponndorf in der Praxis wird gewarnt wegen der ungenauen Dosierbarkeit.

Hauck und v. Zumbusch halten die Tuberkulinbehandlung der Hauttuberkulose für nutzlos.

Fr. Veiel weist auf die auffallend gute Wirkung bei Augenerkrankungen hin.

Schmidt-Tübingen: Drei Fälle von **Acrodermatitis atrophicans.**

Linser-Tübingen: 1. **Prämykotisches Ekzem.** Histologisch nicht typisch; Therapie: Röntgen.

2. **Pyodermia vegetans.**

Tannhauser-Stuttgart: **Lues mit skrofulodermaartigen Erscheinungen.**

Cades-Stuttgart: Frau mit **chronischem pustulösem und ulzerösem Prozeß** im Gesicht mit Zerfall der Nase. Diagnose offengelassen.

Reif-Stuttgart: Unter Abschnürverbänden geheilter schwerer **Pemphigus vulgaris chronicus** bei einem 74jähr. Manne.

Hammer-Stuttgart: **Geheiltes Pyämid.**

Bettmann erwähnt die Möglichkeit artifizieller Schädigung, was Hammer ablehnt.

Reif-Stuttgart: Geheilter ausgedehnter **Gesäßlupus.**

Hammer: 1. Mehrere **Lupusfälle** aus der Stuttgarter Hautabteilung. Undurchlässige Decke nimmt der Pyrogallussalbe die Schmerzhaftigkeit und erlaubt oft Weglassen des

Digitized by Google

Verbandes und die nach HAMMER notwendige, sehr lange fortgesetzte Behandlung und Offenhaltung der Ulzerationen.

2. **Lichen ruber acuminatus; Kankroid.** Abschlußverbände.

REIF: **Seborrhoisches Syphilid.**

BERNSTEIN-Frankfurt: **Trichophytia unguium** (mikroskopisches Präparat in 20%iger Kalilauge).

Kurze Mitteilungen.

KELLER-Freiburg: Neue Methode zur **Dosierung der künstlichen Höhensonne.**

ROST empfiehlt die Methode auch deshalb, daß die Höhensonnenbehandlung wieder vom Arzt selbst ausgeübt wird.

HAMMER verlangt schärfere Indikationsstellungen für die Höhensonnenbestrahlung.

KATZ-Nürnberg: **Hilfsapparat zur Behandlung der Zervixblennorrhoe.**

TH. VEIEL empfiehlt die **Behandlung der Ulcera cruris** mit Gummischwamm nach SIMON.

BAER-Frankfurt: Über Auftreten von **Ödem und Hautblutungen** des Armes und der Hand **nach Silbersalvarsaninjektion** in die Kubitalvene.

KERBER-Heilbronn: Fall von **Lues maligna mit Ikterus.**

ZIELER-Würzburg erklärt den Fall als Tertiarismus praecox infolge unzureichender Behandlung. Er hätte von energischer Salvarsan-Quecksilberbehandlung einen Erfolg erwartet.

TOUTON-Wiesbaden verwendet Jodkali in steigenden Dosen ohne Quecksilber.

MÜLLER-Mainz: Fall von **Akromegalie und Sklerodermie** bei Hypophysentumor und fehlender Thyreoidea.

BETTMANN: **Leucaemia cutis** mit bisher unbekanntem Exanthem.

REIF: Über **chronische Infektion des kleinen Beckens beim Mann,** zum Teil mit Allgemeininfektion.

Fachzeitschriften.

Annales des Maladies Vénériennes.

Dezember 1921.

Die Gonoreaktion und ihr praktischer Wert (La gonoréaction et sa valeur pratique), von MONTPELLIER und LACROIX-Algier. S. 725—739. Verwandt wurde als Antigen das Antigonokokken-Vakzin des Instituts PASTEUR. Reaktion ist nie unspezifisch gefunden worden, bei akuter Blennorrhoe 88% positiver Resultate, bei chronischer unkomplizierter Blennorhoe 25%, bei komplizierter chronischer Blennorrhoe 63,6%. Insgesamt sind bei Blennorrhoe bei Verwendung von inaktiviertem Serum 60% positive Resultate, bei Verwendung von aktivem Serum ist der Prozentsatz 76%.

Die blennorrhoische Bartholinitis (La bartholinite blennorrhagique), von BIZART und BLUM, I. Teil. S. 740—760. Ausführliche Darstellung der Anatomie, Histologie, Bakteriologie und Klinik der Bartholinitis. Hierbei werden unterschieden: die Präbartholinitis (Stauungszustand ohne Infektion), die abgeschwächte Form der Bartholinitis (ständige Sekretion), die gewöhnliche Form (Hypertrophie, Pseudozyste), die rezidivierende —, die parenchymatöse —, die Lokalisation der Infektion am Ausführungsgang, die multilokuläre Form (bei Verstopfung des Ausführungsganges), die fibröse Degeneration und die Zystenbildung (nach Obliteration des Ganges).

Das Arsenobenzol in der Behandlung der Adnexerkrankung und der akuten und chronischen Epididymitis (Les arsenobenzènes dans le traitement des salpingo-ovarites et des orchites aiguës et chroniques), von MOURADIAN-Beyrouth. S. 761—761. Vier Salpingitiden und drei Epididymitiden wurden durch Serien intravenöser Neoarsenobenzol-Injektionen (bis zu 0,75 g) geheilt.

Januar 1922.

Sumpffieberprovokation durch Novarsenobenzol (Biotropisme palustre par le novarsénobenzol), von G. MILIAN. S. 1—8. EHRLICHS Begriffe „Organotropie und Parasitotropie" wird nach einem anderen Gesichtspunkt geändert in Biotropie, d. h. Anfeuern, und Nekrotropie, d. h. Abtöten des Organismus, sei es tierische Zelle oder Parasit. Bei einem vor Jahren an Ikterus infolge eines damals nicht erkannten Sumpffiebers erkrankten Manne wird wegen Ulcus mixtum Novarsenobenzol gegeben. Danach

Digitized by Google

schwache Fiebererscheinungen, Herzschwäche usw. Schließlich weist der Fiebertyp auf Sumpffieber hin, Plasmodium vivax im Blute. Heilung durch Chinin. Kur wurde fortgesetzt, was generell für diese Fälle empfohlen wird.

Erworbene Syphilis ohne Schanker; Mischschankerinfektion ohne örtliches Schankerulkus (Syphilis acquise sans chancre, chancrello-syphilis sans chancre mixte porte d'entrée), von H. Gougerot. S. 9—17. Vier Männer, die bei genauester Beobachtung niemals einen Schanker entdeckt hatten, bei der Aufnahme jedoch Ulcus molle—Bubo und frische luische Roseola mit positiver WR zeigten. (Streptobazillen nachgewiesen.) Luesinfektion ohne Schanker bei Kombination mit Streptobazillen-Infektion scheint möglich zu sein.

Syphilis ohne Schanker mit induriertem, nicht vereitertem und mit vereitertem, syphilitischem Bubo (Syphilis sans chancre à bubon induré non suppuré et à bubon suppuré syphilitique), von H. Gougerot. Zwei Männer bekommen Drüsenschwellung ohne jemals bei genauester Eigenbeobachtung einen Schanker an sich entdeckt zu haben. Wiewohl bakteriologisch Spirochäten in den Drüsen nachgewiesen wurden, lassen beide sich erst durch den Ausbruch der Roseola von der Natur ihres Leidens überzeugen.

Die Serie 13891 des Novarsenobenzols Billon ist toxisch (La serie 13891 de novarsénobenzol est toxique), von E. Lépinay-Casablanca. S. 24—26. Vasomotorische und meningitische Erscheinungen.

Gonokokkenseptikämie mit maligner Endokarditis (Une observation de septicémie gonococcique avec endocardite maligne), von E. Barbe und P. Meynet-Nizza. S. 27—36. Mann von 21 Jahren, alte Herzaffektion nach Grippe, frische Gonorrhoe mit frühen Komplikationen in den Gelenken, nach 10 Tagen Sepsis mit Endokarditis und Hautmetastasen u. a. m. Gonokokken kulturell aus dem Blute nachgewiesen. Später Lungenembolie. Nach 64 Tagen Tod.

Ein Fall zerebraler Lues durch intravenöse Novarsenobenzolinjektionen zu 0,15 g geheilt (Un cas de syphilis cérébrale guérie par les injections intraveneuses de novarsénobenzol à 0,15) von Mouradian-Beyrouth. S. 36—42. 6 Monate lang mit einer 10 tägigen Pause täglich 0,15 Novarsenobenzol oder Neosalvarsan bei einer frischen Lues cerebri, insgesamt 24 g. Einige Wochen vor Beendigung der Kur Choreoretinitis, WR im Liquor ganz schwach positiv. Ein Monstrum von Behandlung, noch monströser die Behauptung einer Heilung.

Ein Fall von frühzeitiger Nervenlues nach Behandlung mittels der Methode von Sicard (Un cas de syphilis nerveuse précoce survenue après traitement par la méthode de Sicard), von Mouradian-Beyrouth. S. 42—45. Wegen schlechter Verträglichkeit größerer Dosen werden $4^1/_2$ Monate lang täglich 0.15 Novarsenobenzol gegeben bei einem frischen Primäraffekt von 25 Tagen. Erfolg. Nach weiteren 3 Monaten Pupillendifferenz, Reflexsteigerung und positive Liquor-WR, Blut-WR negativ.

Linksseitige Hemiplegie syphilitischen Ursprungs mit Novarsenobenzol behandelt (Hémiplégie gauche d'origine syphilitique traitée par le novarsénobenzol), von Funel-Nizza. S. 46. Guter Erfolg. Lähmung 3 Jahre nach dem nichtbehandelten Schanker. Gesamtdosis 5,05 g.

Februar 1922.

Klinische Studie und pathologische Anatomie der frühzeitigen syphilitischen Halbseitenlähmung (Etude clinique et anatomo-pathologique de l'hémiplègie syphilitique précoce), von P. Silvestre, Derm. Kl. Genf. S. 81—117. Ausführliche klinische Beschreibung der Frühmeningitis mit anschließender Hemiplegie. Anatomisch beruhen die Fälle auf Mesarteriitis kleiner und mittlerer Gefäße, die rupturieren. Ausführliche Literaturzusammenfassung. Zwei eigene Fälle, deren erster nach einer Lues II und einer protrahierten ungenügenden Kur $2^1/_2$ Monate nach Abschluß der Kur an einem „Meningorezidiv" erkrankt, das ebenfalls schlecht behandelt wird. Nach weiteren 4 Monaten linksseitige Hemiplegie mit Parese der unteren Extremitäten. Im zweiten Fall zeigten sich 8 Monate nach der ersten und einzigen Kur (behandelt im Primärstadium) eine Spasmophilie der linken Seite, besonders der unteren Extremität, später eine Fazialisparese. Die Behandlung erreichte in beiden Fällen nur Besserung (war auch zu zögernd und zu schematisch. Ref.). Als Behandlung wird Salvarsanbehandlung mit steigenden Dosen empfohlen. (Die intralumbale wird nicht einmal erwähnt.) Große Literaturangabe.

Die Bordet-Wassermann-Reaktion ist für einen erfahrenen Praktiker ohne Nutzen. Ansicht des Dr. Schwers-Lüttich. (Ce que je pense de la réaction de

Digitized by Google

Bordet-Wassermann? C'est qu'elle est inutile au praticien averti). S. 118—131. Die Enttäuschung, daß die Reaktion allein nicht selig macht, hat Verf. zu seiner Ansicht geführt, für die er Zahlen beibringt.

Die Wirkung des Elektrargol und des Cryogen in der Behandlung der akuten Epididymitis und Prostatitis (Les actions de l'Electrargol et de la Cryogénine dans le traitement de l'orchite et de la prostatite aiguës), von Mouradian-Beyrouth. S. 132 bis 139. Tägliche oder zweitägige Injektionen von 5 ccm Elektrargol intravenös haben in etwa 30 Fällen von Epididymitis die Heilung in 3—7 Tagen herbeigeführt. Nötig sind etwa 7 Injektionen. Die Prostatitiden reagierten weniger; günstig dagegen einige Fälle von periurethralen Abszessen. Es muß jedoch auf die schweren Folgeerscheinungen der Injektionen hingewiesen werden, die zu vorsichtiger Anwendung mahnen. In Fällen, wo die Erscheinungen zu stürmisch sind nach der Injektion, oder auch in solchen, die refraktär bleiben, hat sich zuweilen das Cryogen-Lumière oder auch Novarsenobenzol bewährt.

März 1922.

Beitrag zur Frage der Präventivbehandlung der Syphilis (Contribution à la question du traitement praeventif de la syphilis), von L. Nicolau-Bukarest. S. 161 bis 173. Die günstigste Zeit für die Präventivbehandlung ist der 8.—9. Tag nach der Infektion, bei späterem Beginn muß die Dosierung der einer Abortivkur fast gleichkommen. Die Indikation ist unbedingt zu stellen bei ein- oder mehrmaligem Kontakt des Pat. mit frischen luetischen Effloreszenzen, auch bei Stichen mit luetisch verunreinigten Instrumenten, nicht dagegen bei jedem Ulcus molle. 2 eigene Fälle als Beispiel gegeben. Als Dosierung 1—1,5 g Salvarsan im Beginn, 2—3 g gegen Ende der Inkubation.

Erste therapeutische Versuche mit Wismut (Premiers essais de thérapeutique bismuthique), von Lévy-Bing, Gerbay und Philippeau. S. 174—190. Bericht über 17 Fälle von Luesbehandlung mit Trepol (Bismutum tartaricum). Es wurden gegeben 4—5tägig 12—15 Spritzen von 2,0 ccm bis zu 2,9 g intramuskulär. Die Injektionen sind meist schmerzhaft. Unangenehm sind die Nebenwirkungen, die sich in einem Exanthem und Pigmentierung des Mundes und in einer Stomatitis, seltener in einer Albuminurie zeigen und oft zum Aussetzen des Präparates zwingen. Die therapeutische Wirkung ist klinisch und serologisch festzustellen. Sekundäre Exantheme schwinden oder gehen zurück, kleinere Effloreszenzen nach etwa 2 Injektionen, während ausgedehnte Syphilide erst nach 5—6 Injektionen, ganz vereinzelt überhaupt nicht verschwanden. Serologisch zeigten die anderweitig nicht behandelten Fälle nach 2,4 g keine Veränderung oder nur eine Abschwächung der Reaktion, von den unmittelbar vorher anderweitig behandelten 11 Fällen zeigten 5 eine negative, 2 eine abgeschwächte, 4 eine unverändert starke positive Reaktion nach der Behandlung. Folgerung: Eine klinische und serologische Wirksamkeit besteht, doch sind noch ausgedehnte Versuche notwendig, ehe man einem neuen Antilueticum die Praxis eröffnen kann. Vielleicht könnte durch chemische Veränderung der hohe Prozentsatz von Schädigungen herabgemindert werden.

Die blennorrhoische Bartholinitis (La bartholinite blennorrhagique), II. Teil von L. Bizard und P. Blum. S. 191—202. Besprechung der Diagnosenstellung, Behandlung — wobei ausführlich geschildert die Methode der Abtragung — und pathologischen Anatomie.

Neue Methoden der Behandlung der Blennorrhoe und ihrer Komplikationen (Nouvelles méthodes de traitement de la blennorrhagie et de ses complications), von Mouradian-Beyrouth. S. 203—209. In der Vakzinbehandlung der Blennorrhoe sind die gemischten Autovakzins den rein gonokokkenhaltigen Autovakzins überlegen. Auch örtliche Anwendung von Antimeningokokken- und Antistreptokokkenserum zeigte Erfolge.

Der fissurale, diphtheroide, syphilitische Tonsillarschanker (Le chancre syphilitique fissuraire et diphthéroide de l'amygdale), von L. Spillmann-Nanzig. S. 210 bis 216. Fall einer klinischen Verwechslung eines syphilitischen Primäraffektes der Tonsille mit Diphtherie und seine Konsequenzen..

Syphilitischer Reinfektionsschanker nach Quecksilberbehandlung. Reinfektion und experimentelle Syphilis (Chancre syphilitique de réinfection après traitement mercuriel. Reinfection et syphilis experimentale), von E. Orphanidès-Konstantinopel. S. 217—219. Einwandfreie Reinfektion 11 Jahre nach dem ersten Schanker, der nur mit Hg behandelt wurde. Die Reinfektion kann man jedoch nicht mit einer Ausheilung der ersten Lues gleichsetzen auf Grund experimenteller Erfahrungen.

H. E. Tietzen-Hamburg.

Digitized by Google

Archives of Dermatology and Syphilology.

Februar 1922, Bd. 5, H. 2.

Die Diagnose von einigen Hautausschlägen an den Händen und Füßen (The Diagnosis of Some Eruptions on the Hands and Feet), von CH. M. WILLIAMS-New York. S. 161—173. Geschichtlicher Rückblick auf den Begriff des Eczema marginatum von HEBRAS unerreichter Schilderung bis zu der Zeit, wo der mykotische Ursprung der „Tinea cruris" erkannt wurde. Verf. schildert die typischen Sitze des in Dyshydrosis oder Ekzemform auftretenden Ausschlages (Abbildungen) und spricht seine Ansicht dahin aus, daß bei einer gut abgegrenzten Gruppe von Ausschlägen an den Füßen gewöhnlich ein Pilz als Erreger nachgewiesen werden könne, und daß dies häufig das Epidermophyton sei. An den Händen gibt es eine Gruppe von Hautausschlägen, die mit jenen etwas Ähnlichkeit haben, aber sie sind veränderlicher, und der Nachweis eines Parasiten ist viel schwieriger. Es ist durchaus möglich, daß einige von den Handfällen, die klinisch in diese Gruppe fallen, nicht sämtlich mykotisch sind, sondern durch einen äußerlichen Reiz sekundär hervorgerufen werden, gleichwohl spielt in den meisten dieser Fälle letzten Endes wohl der Parasit die primäre Rolle.

Weitere Forschungen über Trichophytie der Hände und Füße (Further Studies on Ringworm of the Hands and Feet), von J. H. MITCHELL-Chicago. S. 174—197. Diese Arbeit behandelt das gleiche Thema wie die soeben referierte von WILLIAMS. In ausführlicher Weise wird das Kulturverfahren mit seinen Ergebnissen geschildert und in Abbildungen wiedergegeben. Als Erreger wurden Epidermophyton inguinale sowie der von KAUFMANN-WOLFF (Derm. Zschr., 1914, Bd. 21, S. 385) beschriebene Pilz nachgewiesen bzw. bestätigt.

Subkutane fibroide Syphilome der Ellenbogen und Knie (Subcutaneous Fibroid Syphilomas of Elbows and Knees), von H. FOX-New York. S. 198—206. Es wird eine seltene Erscheinungsform der Spätsyphilis bei einer 45jähr. Negerfrau beschrieben, bei der zweifellos Syphilis vorlag, wie aus einer zirzinär angeordneten Knötchengruppe an einem Arm sowie der ++++ WR sich ergab. An beiden Ellenbogen und Knien zeigten sich außerordentlich starke, schmerzlose subkutane Knoten, die vor 2 Jahren aufgetreten waren und in dieser Zeit sich nicht verändert hatten. Es bestanden keine Beziehungen zu den Schleimhäuten. Eine histologische Untersuchung ergab festes fibroides Gumma. Die antisyphilitische Behandlung bewirkte eine erhebliche Verkleinerung der Knoten. Auf zwei andere ähnliche Fälle aus der Literatur wird ziemlich ausführlich hingewiesen. Die Ähnlichkeit mit den sogenannten „Juxta-articular"-Knoten, die im späteren Stadium der Framboësie auftreten, wird erörtert.

Über das Vorkommen von positivem WASSERMANN-Befund unter 484 ohne Syphilisverdacht in ein Allgemeines Krankenhaus aufgenommenen Patienten (Incidence of Positive WASSERMANN Reactions in Four Hundred and Eighty-Four Supposedly Nonsyphilitic Patients Admitted to a General Hospital), von R. A. KILDUFFE-Pittsburgh. S. 207—214. Die Ergebnisse von 567 WASSERMANN-Untersuchungen bei 484 unausgesuchten Pat. waren folgende: 1. Bei 201 schwangeren Frauen gaben 10 positive Reaktionen mit dem Nabelschnurblut; nur in einem dieser Fälle war das direkte Blut von der Mutter ebenfalls 4mal positiv; in keinem Falle konnte eine Probe vom Vater erlangt werden, und die Vorgeschichte enthielt nichts von Syphilis. 2. Bei 283 Fällen mit gemischt inneren und äußeren Leiden fanden sich 47 positive Reaktionen. Wobei die interessante Beobachtung gemacht wurde, daß von 7 Pneumoniefällen 3 der Pat. positiv reagierten, was als Beispiel für die Tatsache dienen konnte, daß während der Fieberperiode der Krankheit nicht selten positive Komplementbindungsreaktionen mit Syphilisantigenen gefunden werden, was von zahlreichen Untersuchern bestätigt wird. Unglücklicherweise wurde keiner von diesen Pat. nach der Entfieberung nachuntersucht, wo negative Ergebnisse zu erwarten waren. Auch in 2 von 3 Diabetesfällen, die negative Syphilisvorgeschichte hatten, wurde eine positive Reaktion festgestellt.

Der Globulingehalt des Blutserums bei Syphilis (The Globulin Content of the Blood Serum in Syphilis), von M. E. BIRCHER und A. R. Mc FARLAND-Rochester, Minn. S. 215—233. Diese Arbeit berührt sich in vielen Punkten mit der in dieser Zeitschrift (Oktober 1921) veröffentlichten Arbeit von TOKUDA-Philadelphia (Refractometric Studies in Human Syphilis with Special Reference to Changes During Treatment with Arsphenamin and Neo-Arsphenamin), der bei seinen Untersuchungen die mikrorefraktometrische Methode von ROBERTSON angewandt hatte und zu ähnlichen Ergebnissen ge-

Digitized by Google

langt war wie die Verff., die sich der Methode von O. Naegeli (Blutkrankheiten und Blutdiagnostik, Berlin 1919) bedienten. Letztere hat nach ihrer Ansicht folgende Vorzüge: 1. die kurze Zeit, die zur Bestimmung benötigt wird (5 Minuten), 2. die Einfachheit der von jedem leicht und schnell zu erlernenden Technik, 3. der geringe Bedarf von Serum, der sogar geringer als der bei der Robertsonschen Methode benötigte ist, und 4. der Umstand, daß das Serum keine chemischen Veränderungen erfährt. Auch in ausführlicher Weise wird die Darstellung des Globulins aus dem Blute beschrieben. Von den Ergebnissen seien folgende erwähnt: In der Mehrzahl der untersuchten Fälle, wo ein hoher Globulingehalt vorhanden war, wurde gefunden, daß sein Wert mit der Anwendung vor jeder Arsphenamineinspritzung abnahm. Die Viskosität des Blutes wurde auf Grund von 174 Bestimmungen bei syphilitischen Personen gewöhnlich zwischen 1,70 und 1,90 liegend gefunden; die beobachtete niedrigste Zahl war 1,60 und die höchste 2,05; der Durchschnitt war 1,79. Diese Bestimmungen wurden vor, während und nach der Behandlung mit Arsphenamin gemacht. Es wurde Wert gelegt auf die Feststellung, ob irgend eine Beziehung zwischen der klinischen Art der unbehandelten Syphilis und der Viskosität vorhanden sei. Die unbehandelten Pat. wurden in drei allgemeine klinische Gruppen eingeteilt und die durchschnittliche Viskosität berechnet. Diese war bei primärer und sekundärer Syphilis 1,85, bei tertiärer Syphilis 1,83 und bei Syphilis des Zentralnervensystems 1,82. Die Viskosität bei unbehandelten Pat. war vielleicht ein wenig höher als der Durchschnitt betrug, aber schwerlich hatte dies eine genügend große Bedeutung. Was die Beziehung zwischen den klinischen Arten und der Viskosität anlangte, so ließen sich keine Schlußfolgerungen ziehen, der refraktive Index wurde bei den untersuchten Fällen ebenfalls als in normalen Grenzen liegend gefunden. Viskosität und refraktometrischer Index hängen ab von dem Wassergehalt und dem Gesamteiweißgehalt des Blutes. Indessen ist das Verhältnis zwischen ihnen fast völlig unabhängig von diesen beiden Faktoren. Im allgemeinen zeigten die Ergebnisse, daß in Fällen von Syphilis das Globulinverhältnis ein hohes war, und daß sich bei unbehandelten Pat. nur ausnahmsweise ein normaler Globulinwert vorfand. Der Globulingehalt des Blutes ist wahrscheinlich nur ein Anzeichen für die Rückwirkung des Körpers auf eine chronische Infektion, und ist nur als ein bestätigender Beweis für die Syphilisdiagnose zu betrachten; immerhin scheint er konstanter und weniger Schwankungen unterworfen zu sein als die jetzt allgemein angewandte WR.

März 1922, Bd. 5, H. 3.

Hautausschläge nach Phenolphthaleïn (Phenolphthaleïn Eruptions), von F. Wise und E. W. Abramowitz-New York. S. 297—320. Wegen seiner milden Wirkung als Abführmittel ist das geruch- und geschmacklose Phenolphthaleïn ein beliebtes Abführmittel geworden. Bei empfänglichen Personen nur ruft das Einnehmen von Phenolphthalein einen eigenartigen vielfarbigen Hautausschlag mit Blasen-, Bläschen- und Erosionserscheinungen an den Schleimhäuten und Geschlechtsteilen hervor. Der Ausschlag besteht aus einigen weit zerstreuten und zahlreichen unregelmäßig gruppierten Flecken (Lieblingssitz ist die Kreuzbeingegend), die zwischen Stecknadelkopfgröße und mehreren Zoll im Durchmesser sich bewegen, an Farbe wechseln von tief- zu hellrot, dunkelviolett und tiefpurpurrot. Sie sind rückfällig im Verlauf und von chronischer Art. Leichtes Schuppen kann den Ausbruch begleiten. Ein Gefühl von Brennen geht zuweilen voraus und begleitet den Ausbruch des Exanthems; mäßiges bis starkes Jucken kann dabei vorhanden sein. Die Pigmentationen können sich monate-, ja jahrelang halten. Gewöhnlich werden bei neuer Vergiftung wieder die alten Stellen befallen, die „plötzlich auflodern". Das Pigment in der Haut reagiert nicht auf die Perlesche Ferrozyanidprobe, und ist demnach Melanin; die Zellen in der Kutis sind Chromatophoren. In mancher Beziehung weist der Ausschlag Ähnlichkeiten mit den nach Antipyrin und Salvarsan auftretenden toxischen Exanthemen auf.

Silberarsphenamin bei der Syphilisbehandlung (Silver Arsphenamin in the Treatment of Syphilis), von J. B. de Medina-Madrid. S. 321—324. Das Silberarsphenamin nimmt unter den Salvarsanpräparaten den zweiten Rang ein und darf nur in besonders angezeigten Fällen angewandt werden. Weil es Nachteile hat, eignet es sich nicht für den Gebrauch des allgemeinen Praktikers, sondern nur des Spezialisten.

Ähnlichkeit der Sproßpilze mit Fadenpilzen in Hautschuppen (Resemblance of Yeasts in Cutaneous Screpings to Hyphomycoses), von F. D. Weidman-Philadelphia. S. 325—328. Der Nachweis von fadenförmigen Gebilden in Hautschuppen ist nicht immer für die Diagnose Trichophytie (Ringworm) beweisend.

Digitized by Google

Die pathologische Anatomie der „Gelenkauswüchse" der Haut (The Pathologic Anatomy of Synovial Lesions of the Skin), von D. W. MONTGOMERCY und G. D. CULVER-San Francisco. S. 329—331. In der Derm. W., 1922, Nr. 7, wurde über das gleiche Thema referiert. Während die damaligen Verf. (G. M. MACKEE und G. C. ANDREWS-New York) die zystenähnliche Geschwulst für ganglionähnlich erklärten, bestreiten die jetzigen Untersucher jede Beziehung zu den Gelenkbestandteilen (außer der Lage der Geschwulst) und erklären sie für eine warzenartige Zyste. Daraus würden die Mißerfolge bei nicht sehr gründlicher Auskratzung verständlich; die beste Behandlung sei wegen des Sitzes der Geschwulst (Endglied der Phalangen) eine lange Zeit fortgesetzte Radiumbestrahlung.

Sproßpilzinfektionen der Haut. Bericht von Fällen und Forschungen über die hautpathogenen Hefepilzarten (Yeast Infections of the Skin: Report of Cases and of Studies on the Cutaneous Yeasts), von S. S. GREENBAUM und I. V. KLAUDER-Philadelphia. S. 332—344. Von den vielen Ordnungen der Saccharomycetaceen spielen verhältnismäßig nur wenige eine ätiologische Rolle bei den Dermatomykosen. Die wichtigste und häufigste durch Sproßpilze hervorgerufene Dermatose ist eine tiefgehende Infektion, die zuerst von GILCHRIST im Jahre 1914 beschrieben wurde und allgemein als Blastomykosis bekannt ist; Erreger sind Saccheromyzes (Blastomyzes), Kryptokokkus und Kokzidioides. Andererseits kann die Hefepilzinfektion oberflächlich verlaufen. Soor ist das bestbekannte Beispiel. Erreger sind Oidium albicans und gewisse Arten von Monilia. Er tritt nicht nur an den Mundschleimhäuten der Kinder auf, sondern kann auch als Mykose in der Vagina, insbesondere der schwangeren, an den Brustwarzen der soorkranke Kinder nährenden Frauen, sowie als Dermatomykose vorkommen. Es sind auch Fälle berichtet worden, wo dieser Pilz Veranlassung zu Allgemeinerkrankungen gegeben hat; bei der Leichenöffnung fanden sich Abszesse in verschiedenen Teilen des Körpers. Verff. bringen dann aus der Literatur Beispiele und Abbildungen von Soorerkrankung der Haut (Gesicht- und Gesäßerkrankung bei stark soorkranken Kindern), und berichten dann über eigene Fälle von Intertrigo saccheromycetica, wobei sie ausführlich auf das Kulturverfahren, Tier- und positive Übertragungsversuche bei den Pat. selbst eingehen, die Behandlung ist ähnlich wie bei Trichophytie. Endlich werden die meist als Hautsaprophyten vorkommenden Penizilliumarten erwähnt, die hin und wieder Onychomykosen erzeugt haben.

April 1922, Bd. 5, H. 4.

Die VERNES-Reaktion. Technik und einleitende Versuche (The VERNES Reaction, Technic and Preliminary Experiences), von L. H. CORNWALL-New York. S. 433—461. Die physikochemische Forschung von der wechselseitigen Affinität zwischen feinen Suspensionen und Blutserum hat gelehrt, daß unter bestimmten Bedingungen eine innigere Beziehung zwischen einem Flocken- und einem Hämolysephänomen vorhanden ist. Dieser Beziehung verdankt eine Methode ihre Entstehung, vermittels deren man den Grad der syphilitischen Infektion mißt und deren Genauigkeit sich auf die Sorgfalt ihrer physikalischen Anordnung gründet. Auf die Einzelheiten der Technik kann im Referat nicht eingegangen werden. Verweis auf: A. VERNES, Les signes humoraux de la syphilis, Paris 1919. Derselbe, Compt. rend. Acad. d. sc., 1913, 1165, 769, und 1918, 166, 575. Die Technik läßt eine gleichmäßigere Anordnung zu als dies bei der WR möglich ist. Sie gründet sich auf Grundsätze, die sich physikalisch sichtbar machen lassen können, während die WR noch immer auf einer etwas unsicheren theoretischen Grundlage beruht.

Therapeutische Ratschläge bezüglich der Behandlung von Hand- und Fußleiden (Therapeutic Suggestions Regarding the Treatment of Affections of the Hands and Feet), von E. W. RUGGLES-Rochester, N. Y. S. 462—468. Nichts Neues. Im wesentlichen werden mykotische Erkrankungen besprochen.

Ein Vergleich der Formaldehyd-Erstarrungsreaktion von GATÉ und PAPACOSTAS mit der WASSERMANNschen Methode (A Comparison of the Formaldehyd-Gel Reaction with the WASSERMANN Reaction), von V. BURKE-San Francisco. S. 469—477. Die Methode (GATÉ und PAPACOSTAS, Compt. rend. Soc. de Biol., Nov. 1920, 20, 1432) besteht im wesentlichen aus dem Hinzufügen von je 2 Tropfen Formaldehydlösung zu 1 ccm klaren Serum (in Röhrchen), 24 Stunden Stehenlassen und Beobachten, ob das Serum gallertig erstarrt ist (positive Reaktion). Mit dieser von ihm etwas abgeänderten Methode hat Verf. Versuche angestellt, die ergaben, daß die Formaldehyd-Erstarrungsreaktionen mehr mit der negativen als mit der positiven WR in Übereinstimmung standen.

Digitized by Google

Rhinoskleroma, von V. Pardo-Castello und M. Dominguez-Havana, Cuba. S. 478—485. Geschichtlicher Rückblick und Mitteilung eines Falles bei einer 69jähr. schwarzen Frau, die niemals die Insel verlassen hatte und somit als der erste dort beobachtete Fall von Rhinosklerom zu gelten habe. Die mikroskopische Untersuchung des Gewebes ergab ein typisches Granulom mit den Charakteristiken des Rhinoskleroms (Anwesenheit von Vakuolenzellen von Mikulicz und Plasmazellen in hyaliner Degeneration). Der bakteriologische Befund zeigte die Anwesenheit eines in den Zellen in Reinkultur enthaltenen Keimes, der seinen biologischen Eigenschaften nach in die Gruppe des Bacillus lactis-aerogenes gehörte. Impfungen mit Kulturen davon riefen heftige Fieberreaktionen bei den eingespritzten Meerschweinchen hervor, ohne Rhinosklerom wieder zu erzeugen, aber dieser Keim, der von den Verff. in ihrem — klinisch- und pathologisch-anatomischen — Falle von Rhinosklerom gefunden wurde, zeigte keinerlei Ähnlichkeit mit dem von Frisch als den Erreger dieser Krankheit beschriebenen Bazillus.

Überempfindlichkeit bei örtlicher Berührung mit Arsphenamin (chronische ekzematoide Dermatitis und Asthmaanfälle) (Hypersensitiveness to Local Contact with the Arsphenamin Producing Chronic Eczematoid Dermatitis and Asthmatic Symptoms), von J. V. Klauder-Philadelphia. S. 486—492. Einmal handelte es sich um einen Arzt, der im Anschluß an Öffnen von Neosalvarsanampullen infolge Einatmens des Geruchs asthmatische Anfälle, und beim Bereiten der Lösung infolge Benetzung der Finger mit der Neosalvarsanlösung Dermatitis an den Fingern und anderen Körperstellen bekam. Alle diese Erscheinungen blieben aus, wenn das Öffnen der Ampullen anderweitig geschah und Gummihandschuh getragen wurden. Sodann wird berichtet über Fälle von Dermatitis exfoliativa nach fehlerhafter Salvarsaninjektion; wenn schon bei richtiger Technik diese nicht vorgekommen waren, so empfahl es sich doch dringend, bei diesen erkrankten Pat. von weiterer Salvarsananwendung abzusehen, da sonst ein neues Aufflammen des früheren Ausschlages zu erwarten war. E. Ahrens-Hamburg.

Bücherbesprechungen.

Die Gattenwahl. Ein ärztlicher Ratgeber bei der Eheschließung, von Max Hirsch. (C. Kabitzsch, Leipzig 1922.) Durch diese, an die breite Masse gerichtete Aufklärungsschrift soll der gesundheitliche Faktor bei der Eheschließung als besonders wichtig hervorgehoben werden; es werden kurz und knapp die wichtigsten, dem Ehepartner und die Nachkommenschaft bedrohenden Krankheiten und Kontraindikation gegen eine Eheschließung abgehandelt. Der ethische und soziale Wert dieser Schrift beruht auf einer Vertiefung des Verantwortungsgefühls des Eheschließenden gegenüber dem Problem der Ehe. G. Loewenstein-Berlin.

Zur Frage der Geschlechtskrankheiten, von U. Grelf. (Verlag Hartung, Leipzig 1922.) Verf. wendet sich mit seinen, jedem Dermatologen bekannten Darlegungen an das Laienpublikum. Der Inhalt des Büchleins entspricht im wesentlichen den zu den bekannten Filmvorführungen der Ufa über Geschlechtskrankheiten gehaltenen Vorträgen. In der Einleitung werden die Ursachen über die Zunahme der Geschlechtskrankheiten, die Quellen der Verbreitung, Vorbeugungsmaßnahmen und Strafbestimmungen abgehandelt. Es folgt dann die Besprechung der drei Krankheiten Tripper, Syphilis und weicher Schanker nach Ätiologie, Art der Ansteckung, Krankheitserscheinungen nebst anatomischen Bemerkungen und Verlauf. H Soltmann-Leipzig.

Zur Biologie der Lipoide mit besonderer Berücksichtigung ihrer Antigenwirkung, von Hans Schmidt. (Verlag C. Kabitzsch, Leipzig 1922.) Verf. sucht in kurzem Rahmen eine Übersicht über den derzeitigen Stand der Lipoidbiologie zu geben. Er vermeidet dabei absichtlich eine streng historische Monographie und führt dadurch den Nichtfachmann in leicht faßlicher Form in die allerdings noch recht hypothesenreiche Literatur der Antigennatur reiner Lipoide ein. Nach kurzem Eingehen auf die chemische Natur und die physiologischen Bedingungen der fettähnlichen Körper wird eingehend die Bedeutung der Lipoide bei der WR, die Immunisierung mit heterogenetischen Antigenen und das Untersuchungsergebnis über die antigene Rolle der Lipoide und Fette der säurefesten Stäbchen besprochen, wobei besonders ausführlich die Befunde bei Lepra und Tuberkulose berücksichtigt wurden. Das Büchlein dürfte seinen Zweck, auch weitere Kreise für das Lipoidproblem zu interessieren, weitgehend erfüllen.

F. Georgi-Heidelberg.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Urogenitalapparat.

b. Penis, Urethra, Blase.

Spinnenbiß an der Glans, eine akute Abdominalerkrankung vortäuschend (Spider Bite of the Glans Penis Simulating an Acute Abdominal Condition), von W. S. Woody - Hoopewell, Va. (New York m. J., 1922, Bd. 115, Nr. 9, S. 542.) Im Anschluß an einen Spinnenbiß an der Glans, der an der betroffenen Stelle keine Erscheinungen hinterließ, traten mit starken Schmerzen und allgemeinem Krankheitsgefühl verbundene, den Eindruck einer Abdominalerkrankung hervorrufende Erscheinungen auf, die, abgesehen von einer nachträglich entstandenen Epididymitis nach fünf Tagen abgeklungen waren. Es wird angenommen, daß das Toxin sehr schnell zu den Eingeweiden gelangte und die Erscheinungen an ihnen hervorrief, daß aber die sekundären typhusähnlichen Symptome eher der aus der Darmstase und Harnretention entspringenden Autointoxikation zuzuschreiben waren; aus der hämolytischen Wirkung des Toxins entstand ein hämatogener Ikterus. E. Levin-Berlin.

Über Induratio penis plastica, von Karl Müller. (Diss., Halle 1919.) Bei beiden Kranken, einem 46jähr. Zigarrenmacher und einem 68jähr. Arbeiter, bestand auf der Dorsalseite dicht hinter der Eichel eine etwa 2 cm breite plattenförmige Verdickung, knochenhart. Bei dem ersten Falle wurde mikroskopisch festgestellt, daß das exzidierte Stück Knochensubstanz enthielt. Bei dem zweiten zeigten die Schatten im Röntgenbild Knochengewebe. F. Weiler-Leipzig.

Ein Fall von Larven in der männlichen Harnröhre (A Case of Larvae in the Male Urethra, von William J. Ezickson-Philadelphia. (J. Am. m. Ass., Bd. 78, Nr. 16, S. 1201.) Bei einem 31jähr. Manne wurden lebende Larven in der Harnröhre gefunden, die nach einmaliger Spülung mit 1:4000 Kalium-permanganicum-Lösung verschwanden. Es konnte nicht festgestellt werden, um was für Larven es sich handelte. Die angeschlossene Literaturübersicht zeigt, daß die meisten Larven in den Exkreten des Darms sowie im Erbrochenen gefunden werden. Es sind die Larven von Eristalis und Piophila casei sowie zwei Arten von Faunia, letztere auch in den Harnwegen. Die Larven von Chrysomyia macellaria werden in der Nase und ihren Nebenhöhlen gefunden, die Larven von Sarcophaga im Erbrochenen, in malignen äußeren Hauttumoren und in der Vagina der Frauen und Mädchen, besonders bei Ausfluß.
F. Quasig-Hamburg.

Ein Fall von Harnröhrenstein von 53jähr. Dauer (A Case of Urethral Calculus of Fifty-three Years' Duration), von Charles S. Hirsch - Philadelphia. (J. Am. m. Ass., Bd. 78, Nr. 20, S. 1537.) Ein 65jähr. Zimmermann litt seit seinem 13. Lebensjahr an Harnröhrensteinen. Als 12jähr. Knabe verspürte er erstmalig Schmerzen in der Harnröhre beim Reiten, auch war damals Blut aus der Harnröhre geflossen. Das Urinieren war leicht gestört. Die Beschwerden nahmen infolge Wachstums des Steines zu, dennoch suchte der Patient keinen Arzt auf. Er heiratete mit 25 Jahren und wurde Vater von sechs gesunden Kindern. Endlich nach 53 Jahren waren die Beschwerden derart, daß er sich in ärztliche Behandlung begab. Die Operation ergab das Vorhandensein eines 26,5 g schweren Steines in Höhe des Übergangs vom Skrotum zum Damm und eines zweiten, 8,4 g schweren (Abbildung) im membranösen und prostatischen Teil der Harnröhre. F. Quasig-Hamburg.

Ein großer paraurethraler entzündlicher Bindegewebstumor, von E. Schultze-Marienburg. (Arch. f. klin. Chir., 1922, Bd. 119, S. 406.) Verf. beschreibt bei einem 67 Jahre alten Manne ein paraurethral gelegenes, etwa faustgroßes tumorartiges Gebilde, das auf dem Boden einer Entzündung entstanden ist. Diese Geschwulst bestand aus einem chronischen, z. T. schwielig verdickten Granulationsgewebe mit zahlreichen Gefäßneubildungen. Die Entstehung wurde wahrscheinlich veranlaßt durch wiederholte Schleimhautverletzungen bei jahrelang erfolgtem Katheterismus und sich anschließende Infektionen. E. Langer-Berlin.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Kulls, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

25. November 1922 | Nr. 47 | Band 75

Aus der dermatologischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Barmbeck (Oberarzt: Prof. Dr. R. Hahn).

Ein kasuistischer Beitrag zur Mycosis fungoides.

Von

Dr. Eduard Wellmann, Sekundärarzt.

Mit 3 Abbildungen im Text.

Das relativ seltene Vorkommen des Krankheitsbildes der Mycosis fungoides gibt jedesmal beim Auftreten eines weiteren Falles Veranlassung, diesen in der Literatur zu veröffentlichen; besonders hier in Hamburg ist das Auftreten eines derartigen Falles ein exquisit seltenes Ereignis. Hauptsächlich während der letzten zehn Jahre hat eine Anzahl von Autoren gelegentlich auftretende Krankheitsfälle ausführlich beschrieben und erläutert. Von manchen wird angenommen, es handle sich um einen Prozeß chronisch infektiöser Natur, andere hingegen sprechen von einem Granulationsprozeß (Köbner), während eine dritte Gruppe die Mykosis mehr für eine sarkomatöse Erkrankung hält (Kaposi), entsprechend den Verschiedenheiten des histologischen Bildes von Haut und Tumoren bei dem stets gleichen klinischen Bild und Verlauf.

Kürzlich kam auf der dermatologischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Barmbeck ein derartiger Fall zur Aufnahme, der dem histologischen Bilde zufolge mehr nach der sarkoiden Form tendierte, wie Kaposi sie beschrieben hat. Zunächst ein Auszug aus der Krankengeschichte über Anamnese und Aufnahmebefund vom 6. V. 22.:

Familienanamnese: o. B. Pat. ist ein sehr starker Raucher. 1901 schwere Bronchitis, später wiederholt kleinere Rückfälle. Im Frühjahr 1921, etwa 1 Jahr vor seiner Krankenhausaufnahme, bemerkte Pat. eines Morgens beim Aufstehen auf dem linken Oberschenkel dicht oberhalb des Knies einen runden roten Fleck von etwa Fünfmarkstückgröße, der keinerlei subjektive Symptome hervorrief; das Allgemeinbefinden war vorzüglich. Im Zentrum dieses roten Fleckes trat nach einigen Tagen eine dunklere Verfärbung auf, die bald schwärzlich wurde und sich allmählich nach dem Rande zu ausdehnte. Es bildete sich dann auf dem Fleck ein ganz feines maschenartiges Netzwerk, „ähnlich einem Spinngewebe", das Pat. mit Wasser und Seife fortreiben konnte. Nach etwa 3 Wochen war die ganze Erscheinung verschwunden, ohne die geringste Spur zu hinterlassen. Einige Zeit später rötete sich der ganze Rumpf, zuerst der Leib, dann Brust und Rücken; die befallenen Partien juckten sehr stark. Ungefähr $^1/_2$ Jahr nach dem ersten Auftreten des Fleckes am Oberschenkel entwickelten sich Hautgeschwülste, welche von stark juckenden stecknadelkopfgroßen Knötchen bis zur Größe einer Wallnuß anwuchsen. Die Lenden- und Hüftgegend wurde zuerst befallen, dann folgten die Achselhöhlen und die Schultergegenden. Ein Teil dieser Geschwülste bildete sich wieder zurück, indem zuerst das Zentrum sich blauschwarz verfärbte und zusammenschrumpfte „wie ein Kinderluftballon, dessen Gasfüllung langsam entweicht". Es entstanden aber immer neue Geschwülste an anderen Stellen. Das Allgemeinbefinden war, abgesehen von dem lästigen Juckreiz, dauernd durchweg sehr gut.

Digitized by Google

Status: 48jähr. kräftiger Mann in gutem Ernährungszustand. Die Haut zeigt im ganzen einen leicht bräunlichen Farbenton. Die Falten der Gesichtshaut sind mäßig verdickt, die Haut sehr trocken, etwas schuppend, ebenso die Kopfhaut. Der ganze Rumpf ist eingenommen von einem fleckenhaften, zum Teil konfluierenden, lebhaft gerötеten Erythem, das in der Abdominalgegend von zahlreichen kleinen Inseln blasser Hautpartien unterbrochen wird, so daß in dieser Region die Epidermis gefeldert, marmoriert erscheint. Die Haut ist durchaus trocken und zeigt in reichlicher Menge feine Abschilferungen. Die Schuppen sind sehr klein, von grauer Farbe, haben ein mattes Aussehen und haften verhältnismäßig fest der Epidermis an. An verschiedenen Stellen Kratzeffekte und bräunlich pigmentierte Flecke. Die Abgrenzung dieses gesamten Erythrodermiebezirks am Hals und an den Extremitäten ist ziemlich scharf gegenüber der übrigen normal erscheinenden Haut. Über dem Kehlkopf und am Nacken je eine medaillonartige Aussparung. Auf den Streckseiten der unteren Extremitäten vereinzelt stehende Stippchen und Follikelschwellungen, welche im Gesamtbild wie eine ekzematöse Reizung imponieren. Eine Verdickung der Hautfalten und ein schärferes Hervortreten der Furchen ist auch in den Leistengegenden deutlich erkennbar. Eine alte Operationsnarbe in der Appendixgegend zieht sich als blasser Strang durch das gerötete Gebiet hindurch.

Abb. 1.

Der ganze Rumpf ist übersät mit erbsengroßen in der Haut liegenden Knötchen, die in den Hüft- und Schultergegenden, sowie unter beiden Achselhöhlen bis zu wallnußgroßen Tumoren angewachsen sind. Die Gestaltung der großen Tumoren ist am besten mit der einer Tomate zu vergleichen; sie ist kugelig oder eiförmig von glatter buckliger und gefurchter Oberfläche. Die Farbe ist bei einigen bläulichrot, bei anderen braunrot; sie sind von weicher Konsistenz, mit der Haut verschieblich und jucken nicht. Manche sind an der Basis ringförmig eingeschnürt und einige wenige zeigen einen wallartigen Rand, der nach außen schräg abfällt, und ein mehr oder weniger stark eingezogenes Zentrum mit dunkelbräunlich-schwärzlicher Verfärbung und geschrumpften obersten Epithelschichten. Kein Nässen, keine Exkoriationen, kein offener geschwüriger Zerfall. Der größte Teil dieser Tumoren befindet sich auffallenderweise in der vorderen Axillarlinie links (Abb. 1).

Die Schleimhäute sind mäßig blaß. Der Haarwuchs ist in den Achselhöhlen und in der Genitalregion schwach entwickelt. Nägel o. B.

Lymphdrüsen: Hinter dem Musc. sternocleidomastoideus links ist eine Kette etwa erbsengroßer, unempfindlicher, derber Drüsen deutlich fühlbar. Die Axillar- und Kubitaldrüsen sind beiderseits etwas vergrößert, ebenso die Inguinaldrüsen von etwa Erbsen- bis Bohnengröße. Es sind die Drüsen der linken Körperhälfte im allgemeinen etwas deutlicher zu tasten als rechts.

An den gesamten inneren Organen ist ein pathologischer Befund nicht zu erheben. Sämtliche Reflexe sind intakt.

Berührung wird überall auf der Haut, auch auf den Tumoren, prompt und sicher gefühlt; die Empfindung für „spitz und stumpf" ist auf den Tumoren nicht deutlich differenziert, auf der ganzen übrigen Haut völlig intakt. Die Unterscheidung von warm und kalt ist im Bereich der Tumoren fast völlig verloren gegangen, sonst aber überall gut erhalten. Urin: o. B. Temperatur in normalen Grenzen.

Blutbefund: Erythrozyten 4 Millionen, Leukozyten 25600, Hämoglobin 87%.

Die Erythrozyten sind von normaler Beschaffenheit; die Leukozyten ergeben folgendes Bild: Polynukleäre Leukozyten 52%, große Lymphozyten 26%, kleine Lymphozyten 21%, zusammen 47%, Eosinophile Leukozyten 1%. WR negativ. Gewebssaft der Tumoren: steril.

Digitized by Google

Nachtrag bei der Korrektur: Inzwischen ist Pat. wieder zur Aufnahme gelangt mit einer frischen ekzematösen Aussaat auf dem Kopf. Der übrige Körper ist unter dem Einfluß der Röntgentherapie noch bis jetzt (3 Monate nach Beginn der Behandlung) rezidivfrei geblieben; neue Tumoren sind bisher nicht wieder aufgetreten.

Prof. Fahr, der Leiter des hiesigen anatomischen Instituts, war so liebenswürdig, die mikroskopische Untersuchung der erkrankten Hautpartien vorzunehmen, und mir das Ergebnis zur Veröffentlichung zu überlassen. Die Tumoren waren fast gleichmäßig durchsetzt mit verhältnismäßig großen runden Zellen, die einen stark chromatinhaltigen Kern und eine schmale Protoplasmazone aufwiesen. Es erinnerte das histologische Bild an das Lymphosarkom. Erst nach längerem Suchen in einer großen Anzahl von Schnittpräparaten gelang es, doch eine deutlich vorhandene

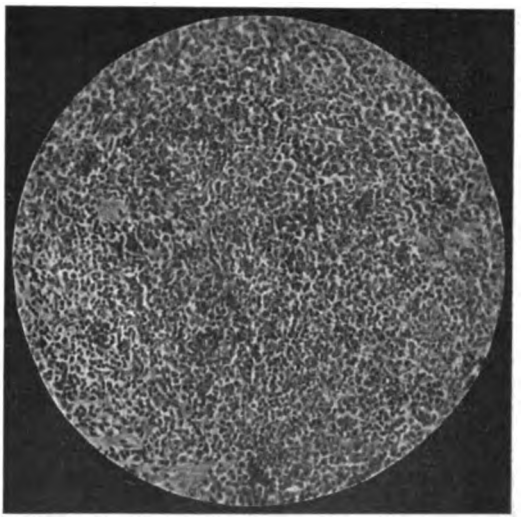


Abb. 2.
Schwache Vergrößerung.

Polymorphität der Zellelemente nachzuweisen. Vereinzelt wurden Nester von Plasmazellen gefunden und ganz vereinzelt auch Riesenzellen und große Lymphozyten. Somit war die Diagnose Mycosis fungoides auch histopathologisch gesichert. Interessant ist dabei, daß bei den ersten Untersuchungen der sarkoide Charakter dominierend in die Augen sprang und erst später eine gewisse Multiformität der Zellen festgestellt werden konnte (Abb. 2 und 3).

Differentialdiagnostisch kamen in Betracht Leukämie, Pseudoleukämie, Tuberkulose und Lepra. Bei der Leukämie sind die Tumoren derb, die Lymphdrüsen stark geschwollen, im Blut Lymphozytose; der Verlauf ist im Allgemeinen rasch. Histologisch findet man nur kleine Lymphozyten. Bei der Pseudoleukämie sind die Erscheinungen ähnlich, jedoch ist das Blutbild normal. Beide Erkrankungen ließen sich also nach dem oben Gesagten ohne weiteres ausschließen. Gegen eine Tuberkulose sprach erstens das Gesamtbild, zweitens der fehlende Nachweis von Tuberkel-

Digitized by Google

bazillen und ein fehlender entsprechender histologischer Befund. Daß es sich nicht um Lepra handelte, war klar durch das Fehlen von Leprabazillen, durch die völlige Unversehrtheit der Nervenstämme, durch den Beginn der Erkrankung mit dem sogenannten prämykotischen Stadium, ohne daß das Allgemeinbefinden irgendwie alteriert worden wäre, also eine Infektion anscheinend nicht vorlag. Außerdem war Pat. niemals in Lepragegenden gewesen. Abgesehen von den Tumoren machten die erkrankten Hautpartien stellenweise den Eindruck eines Ekzema seborrhoicum; jedoch waren bei unserm Pat. die Schuppen nicht fettig glänzend, der ganze Farbenton auch nicht so gelblich wie bei der echten Seborrhoe.

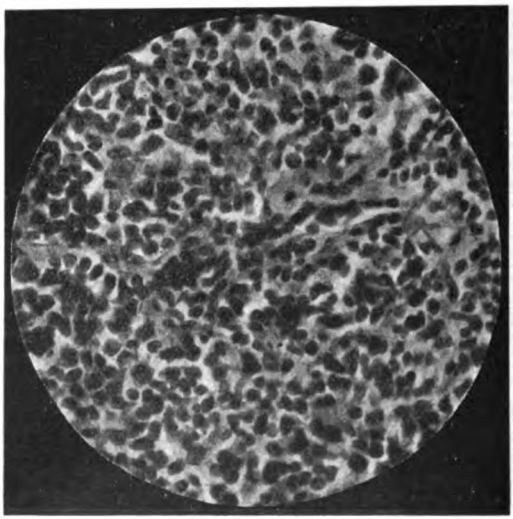


Abb. 3.
Starke Vergrößerung.

Zusammenfassung.

Die prägnanten Symptome einer typischen Mycosis fungoides waren gegeben. Aus einem prämykotischen ekzematösen Stadium entwickelten sich in der Kutis liegende Knötchen, welche zum Teil bis zu Tomatenform und -größe anwuchsen. Histologisch fand sich die typische Multiformität der Zellelemente. Alle differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Krankheiten ließen sich mit absoluter Sicherheit ausschalten, so daß also die Diagnose Mycosis fungoides zu Recht bestand.

Therapeutisch wurde zuerst Arsen angewandt in Form von Sol. Fowleri, ohne daß sich der Zustand des Pat. auch nur irgendwie veränderte. Es wurde dann übergegangen zu der Röntgentherapie. Jeder einzelne Tumor erhielt bei einem Aluminium-Filter von 2 mm Dicke eine ganze Erythemdosis; außerdem wurde die ganze übrige erkrankte Haut ohne Filter mit

Digitized by Google

½ Erythemdosis bestrahlt. Der Erfolg war eklatant. Schon nach wenigen Tagen begannen die Geschwülste zusammenzufallen. Nach 3 Wochen waren die großen Tumoren auf die Hälfte zusammengeschrumpft, die vielen kleinen erbsen- bis bohnengroßen waren völlig verschwunden. Die übrigen Hautpartien waren glatt geworden, wesentlich blasser, und schuppten nicht mehr. Nur der Juckreiz bestand noch unverändert fort. Auf die geringgradigen Drüsenschwellungen war bis zu diesem Zeitpunkt noch kein Einfluß festzustellen. Auffallend verändert hatte sich das Blutbild; die Leukozytose und die Lymphozytose waren ganz bedeutend zurückgegangen, so daß fast normale Verhältnisse wieder vorlagen. Leukozyten 8200; Polynukleäre Leukozyten 62%; große Lymphozyten 4%; kleine Lympozyten 31%, zusammen 35%; Eosinophile 3%.

6 Wochen nach Beginn der Bestrahlung waren fast alle Tumoren völlig verschwunden; nur ein dunkelbrauner Pigmentfleck zeigt noch die Stelle des ehemaligen Sitzes der Geschwulst an. Die übrige von den Röntgenstrahlen getroffene Haut war glatt, leicht gelblichbraun pigmentiert, nicht mehr juckend. Die Drüsenschwellungen blieben unverändert, das Blutbild zeigte noch eine geringe Lymphozykose.

In dem vorliegenden Fall hat die Röntgenbestrahlung auf den Rückgang des Prozesses außerordentlich günstig eingewirkt. Wie die Dauerwirkung sein wird, muß die Zukunft lehren.

Zur Statistik der Verheirateten unter den Geschlechtskranken.

Von

Dr. LEONHARD VOIGT in Nürnberg.

Über die Beteiligung der Verheirateten an der Erkrankungsziffer der Geschlechtskranken teilt REICHENBÄCHER in Nr. 33 dieser Zeitschrift Zahlen mit, wie sie sich aus dem Material des Rudolf-Virchow-Krankenhauses zu Berlin ergaben. Der Verf. weist selbst darauf hin, daß die erhaltenen Ziffern keinen Anspruch erheben können, den tatsächlichen Verhältnissen zu entsprechen, daß sie wahrscheinlich zu niedrig seien. Die Berechtigung dieser Einschränkung liegt klar zutage. Die Insassen der Geschlechtskrankenabteilung eines Krankenhauses setzen sich im allgemeinen zusammen einmal aus den polizeilich eingewiesenen Kranken und ferner vorwiegend aus solchen, welche in der Familie nicht die notwendige Pflege finden können, vor allem also unverheiratete Leute, welche zur Miete wohnen. Von Einfluß ist ferner, wie auch REICHENBÄCHER betont, der zur Zeit hohe Verdienst des Handarbeiters und die hohen Kosten eines Krankenhausaufenthaltes, wie sie den Krankenkassen erwachsen. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle läßt sich die Behandlung eines Geschlechtskranken ambulant völlig ausreichend durchführen und nur selten wird stationäre Behandlung dabei notwendig werden, wenn man nicht aus Gründen der Erhaltung der Volksgesundheit dazu schreiten will.

Wertvolle Aufschlüsse über die hier behandelte Frage kann eine Geschlechtskrankenstatistik geben, die vom ärztlichen Bezirksverein Nürnberg durchgeführt wurde. Die Statistik umfaßt sämtliche Geschlechtskranke, welche sich in den Monaten November 1921 und Mai 1922 bei der Gesamtheit der Nürnberger Ärzteschaft in Behandlung befanden (einschließlich der Krankenhäuser). In der Begrenzung auf die gerade in Behandlung befindlichen ist also das größtmögliche Maß von Genauigkeit dabei erreicht.

Digitized by Google

Da ich in den bisherigen Veröffentlichungen hierüber die Frage nach dem Familienstand bisher nur kurz gestreift habe, möchte ich es hier ausführlicher nachholen. Im November 1921 kamen 1487 Kranke zur Meldung (886 männlichen und 601 weiblichen Geschlechtes), im Mai 1922 1239 Kranke (674 männlichen und 555 weiblichen Geschlechtes).

Bezüglich des Familienstandes gliederten sie sich wie folgt (unter die Bezeichnung „alleinstehend" habe ich die Geschiedenen, getrennt lebenden und Verwitweten zusammengefaßt):

	männlich	weiblich	zusammen
1. November 1921			
Ledig	514 (58,0%)	358 (59,5%)	872 (58.6%)
Verheiratet	336 (37,9%)	188 (31,3%)	524 (35,2%)
Alleinstehend	36 (4,1%)	55 (9,2%)	91 (6,2%)
2. Mai 1922			
Ledig	400 (59.3%)	335 (59,2%)	735 (59.3%)
Verheiratet	254 (37,8%)	177 (31,2%)	431 (34,8%)
Alleinstehend	20 (2,9%)	53 (10,6%)	73 (5,9%)

Die Prozentverhältnisse sind in beiden Jahren fast die gleichen. Die von Reichenbächer angegebenen Zahlen aus Friedenszeiten sind durchschnittlich etwas niedriger (München 1914 31,25%, für Männer in Breslau 33,6% und in Leipzig 27,7%). Etwas unter diesen Zahlen blieben allerdings die Frauen (Breslau 36,5%, Leipzig 38,5%).

Wesentlich anders stellt sich das Verhältnis dar, wenn wir eine Ausscheidung nach den einzelnen Krankheiten vornehmen. (Die Prozentzahlen hier beziehen sich auf die Gesamtzahl aller erkrankten Männer bzw. Frauen und schließlich aller Kranken zusammen.)

Die folgenden beiden Statistiken geben in dem uns interessierendem Punkte ungefähr das gleiche Resultat: Unter der Gesamtzahl der geschlechtskranken Männer fanden sich etwa 13%, die verheiratet waren und an Gonorrhoe litten, und 23%, die an Syphilis erkrankt waren. Bei den Frauen waren die entsprechenden Zahlen 8 und 22%.

A. November 1921.

	männlich	weiblich	zusammen
1. Gonorrhoe:			
Ledig	279 (31.5%)	119 (19.8%)	498 (26.8%)
Verheiratet	113 (12,8%)	49 (8,3%)	162 (10,9%)
Alleinstehend	13 (1,5%)	11 (1,8%)	24 (1,6%)
2. Lues:			
Ledig	218 (24.6%)	218 (36.3%)	436 (29.3%)
Verheiratet	206 (23.2%)	135 (22,5%)	341 (22,9%)
Alleinstehend	22 (2,5%)	43 (7,3%)	65 (4,4%)
3. Ulcus molle:			
Ledig	—	—	—
Verheiratet	3 (0,3%)	—	3 (0.2%)
Alleinstehend	—	—	—
4. Ulcus molle und Lues:			
Ledig	1 (0,1%)	—	1 (0,1%)
Verheiratet	1 (0,1%)	—	1 (0,1%)
Alleinstehend	—	—	—
5. Gonorrhoe und Lues:			
Ledig	15 (1,7%)	21 (3.7%)	36 (2,5%)
Verheiratet	12 (1.3%)	4 (0.7%)	16 (1,1%)
Alleinstehend	1 (0.1%)	1 (0.2%)	2 (0,1%)

Digitized by Google

B. Mai 1922.

	männlich	weiblich	zusammen
1. Gonorrhoe:			
Ledig	223 (33,1%)	130 (23,0%)	353 (28,5%)
Verheiratet	88 (13,1%)	46 (8,1%)	134 (10,8%)
Alleinstehend	8 (1,3%)	8 (1,5%)	16 (1,1%)
2. Lues:			
Ledig	163 (24,2%)	170 (30,1%)	333 (26,9%)
Verheiratet	158 (23,4%)	129 (22,8%)	287 (23,2%)
Alleinstehend	11 (1,7%)	42 (7,4%)	53 (4,3%)
3. Ulcus molle:			
Ledig	1 (0,2%)	3 (0,5%)	4 (0,3%)
Verheiratet	3 (0,5%)	1 (0,2%)	4 (0,3%)
Alleinstehend	—	—	—
4. Ulcus molle und Lues:			
Ledig	1 (0,2%)	—	1 (0,2%)
Verheiratet	—	—	—
Alleinstehend	—	—	—
5. Gonorrhoe und Lues:			
Ledig	11 (1,6%)	31 (5,5%)	42 (3,4%)
Verheiratet	5 (0,7%)	1 (0,2%)	6 (0,5%)
Alleinstehend	1 (0,2%)	3 (0,5%)	4 (0,3%)
6. Ulcus molle und Gonorrhoe:			
Ledig	1 (0,2%)	1 (0,2%)	2 (0,2%)
Verheiratet	—	—	—
Alleinstehend	—	—	—

Geht man nicht von der Gesamtzahl der Erkrankten bei der Prozentberechnung aus, sondern sucht man das Verhältnis innerhalb der einzelnen Krankheiten festzustellen, so tritt die hohe Zahl der Verheirateten noch sinnfälliger in Erscheinung. (Die sogenannten Kombinationen blieben bei der Ausscheidung außer Betracht, weil sie die Berechnung nur unwesentlich verbessern und nur unnötigerweise komplizieren würden.)

A. Gonorrhoe.

1921	Kranke	davon verheiratet	%
Männer:	405	113	27,9
Frauen:	179	49	27.4
zusammen:	584	162	27,7
1922	**Kranke**	**davon verheiratet**	**%**
Männer:	319	88	27,6
Frauen:	184	46	25,0
zusammen:	503	134	26,6

B. Lues.

1921	Kranke	davon verheiratet	%
Männer:	446	206	46,2
Frauen:	396	135	34,1
zusammen:	842	341	40,5
1922	**Kranke**	**davon verheiratet**	**%**
Männer:	332	158	47,6
Frauen:	341	129	37,8
zusammen:	673	287	42,6

Diese Ziffern gehen weit über das hinaus, was REICHENBÄCHER für klinisches Material finden konnte. Nach ihm erkrankten von Verheirateten: an Gonorrhoe:

Digitized by Google

16.20% Männer und 9,19% Frauen, und an Syphilis 19,09% Männer und 15.84% Frauen. Unter den in Nürnberg festgestellten Zahlen sind Luetiker aller Stadien enthalten. Will man sich jedoch nur auf die Formen beschränken, welche eine Übertragung auf andere möglich erscheinen lassen und will man daher die tertiären und sogenannten metaluetischen Formen weglassen, so kommt man zu etwas niedrigeren Zahlen:

1921	absol. Zahlen	%	1922	absol. Zahlen	%
Männer:	125	28,0	Männer:	91	27,4
Frauen:	107	27,0	Frauen:	98	28,7
zusammen:	232	27,3	zusammen:	189	28,1

Es ist ohne weiteres klar, daß diese Krankheiten, wenn einmal der eine Ehegatte davon ergriffen ist, nicht auf diesen beschränkt bleiben, sondern noch weitere Kreise ziehen. In den beiden Statistiken im Mai und November hatten zusammen 669 Frauen ihre Infektionsquelle angegeben. Davon waren 251 durch den Ehemann infiziert worden, und zwar 166 mit Lues und 85 mit Tripper. Unter 975 Männern waren nur 51 durch eheliche Infektion krank geworden (19 mit Lues und 32 mit Gonorrhoe). Aber nicht nur durch direkte Infektion vom Mann zur Frau oder umgekehrt greift die Seuche in der Familie um sich, sondern auch die Ansteckung kleiner Kinder ist nicht selten. Im November 1921 waren 21 Kinder unter 10 Jahren durch sogenannte Hausinfektion erkrankt, und zwar 2 mit Lues und 19 mit Gonorrhoe. Im Mai 1922 waren es etwas weniger, doch war auch hier ein Knabe durch die kranke Mutter mit Syphilis im Munde angesteckt worden, 8 Mädchen litten an Gonorrhoe, in einem Falle stand die Ansteckung durch die Mutter fest. Außerdem waren 2 jugendliche Arbeiterinnen durch die Schwester infiziert worden, eine 57jähr. und eine 62jähr. Frau waren durch das kranke Enkelkind, das sie pflegten, luetisch krank. Hereditär luetische Kinder standen im November 1921 31 in Behandlung (14 Knaben und 17 Mädchen), im Mai 1922 21 (7 Knaben und 14 Mädchen). Über die Zahl der syphilitischen Fehl- und Frühgeburten fehlen uns leider die Unterlagen.

Es ist ein erschütterndes Bild, das sich hier in klaren nüchternen Zahlen vor unseren Augen ausbreitet. Wir sehen, wie das Gift der geschlechtlichen Ansteckung in die Familie eindringt und dort Glück und Gesundheit vernichtet. Gebieterisch drängt sich uns die Notwendigkeit auf, hier Wandel zu schaffen, soweit es in unseren Kräften steht. Aber auch dieser Not gegenüber, wie so mancher anderer, sind unserem Hilfsvermögen enge Grenzen gesetzt. Denn wenn solche traurige Fälle zu unserer Kenntnis kommen, ist es meist zu spät und das Unglück ist bereits geschehen. Vorbeugend muß es aber unser Bestreben sein, Aufklärung über die Gefahren geschlechtlicher Erkrankungen für die Familie in weitere Kreise zu tragen, vorbeugend müssen wir auch danach trachten, jeden einzelnen Fall möglichst restlos und rasch zur Heilung oder mindestens über das infektiöse Stadium hinwegzubringen. Ein wertvoller Bundesgenosse in diesen Bestrebungen ist uns in den Beratungsstellen erwachsen, die ihre fürsorgerische Tätigkeit jahrelang über ganze Familien erstrecken in einer Weise, wie es in früheren Zeiten dem Hausarzt möglich war, wozu aber jetzt bei der Ausdehnung der Versicherungspflicht dem Kassenarzt und dem Spezialarzt die Möglichkeit nur in den seltensten Fällen noch gegeben ist.

Literatur.

1. Reichenbächer, Zur Statistik der Verheirateten unter den Geschlechtskranken. Derm. W., 1922, Nr. 33. — 2. Voigt, Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Nürnberg. M. m. W., 1922, Nr. 23. — 3. Voigt, Das Ergebnis der Nürnberger Geschlechtskrankenstatistik im Mai 1922. Zschr. f. Gesundheitsfürsorge, München. Im Druck.

Digitized by Google

Versammlungen.

Wiener Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 18. Mai 1922.

Vorsitzender: Riehl. Schriftführer: Kumer.

Krüger (Abt. Oppenheim): **Lupus verrucosus der Hand mit miliarer Tuberkulose der Zunge.** Am rechten Thenar des 41jähr. Pat. ein kronenstückgroßer, warziger Herd, peripher bläulich gefärbt. Über dem Radiokarpalgelenk ein haselnußgroßer, derber, fluktuierender Knoten von gleicher Beschaffenheit. Zwischen diesen erbsengroße Knoten. An der Zungenspitze ein bohnengroßer, unterminierter Substanzverlust mit hirsekorngroßen, grauweißen Knötchen an der Peripherie. Pirquet positiv.

Lipschütz: Der Fall scheint klinisch eher Lupus verrucosus als Tuberculosis verrucosa zu entsprechen. Das Experiment lehrt, daß bei letzterer der Typus bovinus des Tuberkelbazillus angetroffen wird. In dermatologischen Arbeiten wird der Bestimmung des Tuberkelbazillentypus geringe Beachtung beigelegt.

Riehl bemerkt, daß es sich um eine Tuberculosis verrucosa mit typisch entwickelten Krankheitsformen handelt. Die Differenzierung der Tuberculosis verrucosa und des Lupus verrucosus wird leider nicht immer mit der nötigen Schärfe durchgeführt.

Oppenheim: Die Tuberculosis verrucosa cutis wie das miliare tuberkulöse Ulkus der Zungenspitze sind wohl als Infektion mit den eigenen Tuberkelbazillen aufzufassen. Das Interessante liegt darin, daß dasselbe Virus die benigne Tuberculosis verrucosa der Haut und die maligne das Ulkus der Schleimhaut hervorruft. Auch der stark positive Pirquet zeigt den nicht gewöhnlichen Reagierzustand der Haut. Wir finden gewöhnlich bei miliaren, tuberkulösen Ulzera negativen Pirquet.

Krüger (Abt. Oppenheim): **Lippenaffektion.** An der mäßig infiltrierten Unterlippe und im rechten Mundwinkel unregelmäßig begrenzte, tiefe, linsen- bis hellergroße Ulzerationen mit unebener, zum Teil speckig belegter Basis und unterminierten Rändern. Gegen die Mittellinie werden diese Ulzerationen dichter, mehr schüsselförmig. In der Nähe des linken Mundwinkels eine oberflächliche Erosion mit unregelmäßigen Konturen, in Größe einer Erbse. Am rechten Mundwinkel ein oberflächlicher, derber, roter Knoten, der perforiert ist. An der rechten Oberlippe ein hanfkorngroßes Knötchen mit leicht blutendem Substanzverlust. Schleimhaut der Unterlippe blaß, etwas uneben, ohne Knötchen. Mäßig schmerzhafte Affektion, die seit etwa $2^1/_2$ Monaten besteht. WR und histologische Untersuchung noch ausständig. Nach unserer Meinung handelt es sich um Lues und nicht um Tuberkulose.

Oppenheim: **Lupus erythematosus superficialis.** 35jähr. Frau. Beginn vor zwei Jahren mit Rötung. Befallen das ganze Gesicht mit Ausnahme der Augengegend und der zwischen den Nasolabialfurchen. Rand aufgeworfen, lebhaft rot. Stellenweise kleienförmige Schuppung und erweiterte Follikel. Hinter den Ohren weiße, seidenartige Atrophien. Im Nacken hellrote, papulöse Effloreszenzen, teils isoliert, teils in Gruppen. Farbe ist auffallend hellrot. Röntgenbefund ergibt Spitzenaffektion und Bronchialdrüsen. Pirquet schwach positiv.

Oppenheim: **Pediculi pubis am behaarten Kopf, an Augenbrauen und Zilien.** 6jähr. Knabe, aus Rußland. Zahlreiche Pediculi pubis am Kopf, zahlreiche Nisse an Kopf-, Augenbrauen- und Wimperhaaren.

Oppenheim: **Lichen-acuminatus-ähnliche Keratosis follicularis.** 20jähr. Gravida, im neunten Monat. Bauch, Rücken und Nates übersät mit hanfkorngroßen, derben, gelbbraunen, wachsglänzenden Knötchen, an der Spitze ein festhaftendes, senkrecht stehendes Schüppchen. An Achselfalten, Hals und Schulterblättern sind sie mehr rot und in Reihen angeordnet, an den unteren Extremitäten mehr blaurot, zeigen Komedobildung und perifollikuläre Entzündung. Gruppenanordnung deutlich. Haut reibeisenähnlich. Das Freisein der Handteller und Fußsohlen, der Fingerrücken, des behaarten Kopfes, sowie Auftreten der Affektion nach Einreibung einer Teersalbe wegen Juckens sichern die Diagnose.

Oppenheim: **Lichen microsporicus nach Einreibung der mikrosporiekranken Kopfhaut mit Tartarus-stibiatus-Salbe.** 6jähr. Knabe, aufgenommen mit zahlreichen Mikrosporieherden. Trichophytininjektion (Paltauf) negativ. Einreibung mit 10%iger

Digitized by Google

Tartarus-stibiatus-Salbe zweimal täglich, durch eine Woche. Daraufhin Umwandlung der glatten Herde in elevierte, eiternde Platten und Knoten, Kerion Celsi ähnlich. Jetzt Trichophytininjektion positiv, lichenoid. Nachmittags nach Injektion Fieber und Aussaat stecknadel- bis hirsekorngroßer Knötchen über Stamm und Rücken, zum Teil in Gruppen. Pilzbefund der Knötchen negativ.

Oppenheim: **Keratodermia symmetrica disseminata palmaris et plantaris.** Demonstration der nach Oppenheims Dermatotypie gewonnenen Abbildungen der Handteller und Fußsohlen von der in der letzten Sitzung gezeigten Pat. Das Verfahren, das in der Anwendung des Prinzips des Typendrucks auf dem Bertillonschen System zur Darstellung der Papillarlinien beruht (siehe Arch. f. Derm., Festschrift Finger und Derm. W., 1916), eignet sich zur Wiedergabe der Oberflächenveränderungen der Handteller und Fußsohlen.

Riehl bemerkt, daß diese Erkrankung nicht selten ist und es viele Fälle gibt, die nicht familiär oder hereditär begründet sind und erwähnt einen Sportsmann im Alter von 60 Jahren, der die Erkrankung an beiden Fußsohlen akquiriert hat.

Lipschütz demonstriert Aquarelle zweier von ihm 1912 vorgestellten Fälle und weist darauf hin, daß er rasches spontanes Abheilen der Einzeleffloreszenzen nicht beobachten konnte. Bei intensiver Ausbildung der Hautveränderung kann es zur Beeinträchtigung der beruflichen Tätigkeit kommen.

Oppenheim: Die Kranke hatte seit neun Monaten keine Menstruation, eine eigentümlich pastöse Haut und rezidivierende Urtikaria mit Dermographismus, was auf Störung der inneren Sekretion hinweist.

Ehrmann: **Neurodermitis generalisata und Erythema multiforme antibrachii** (bereits in der letzten Sitzung demonstriert). In den letzten vierzehn Tagen war das Erythem geschwunden, ist jetzt wieder erschienen. Man sieht quaddelförmige, bläuliche, am Rande gerötete, bogenförmig begrenzte Elevationen, im Zentrum ein Knötchen als Rest des eingetrockneten zentralen Bläschens. Mikroskopisch Ödem des Papillarkörpers und perivaskuläres Leukozyteninfiltrat. Ein tieferes Infiltrat, welches für prämykotisches Stadium sprechen würde, wie es Unna in solchen Fällen gesehen hat, und wie es auch klinisch sich durch bläuliche Verfärbung in der Umgebung äußert, fehlt. Auf dem Stamme abgeschliffene, zerstreute Knötchen. Im histologischen Bilde eine ekzemähnliche Veränderung der Epidermis mit Bildung des Status spongiosus, Lückenbildung und Parakeratose, sowie perivaskuläres Infiltrat. Blutbefund: 83% polynukleäre Leukozyten, 9% Lymphozyten, 2,6% Eosinophile, was nicht für Mycosis fungoides spricht. Pat. hat spastische Stühle, ein Befund, der bei Neurodermitis häufig zu beobachten ist.

Lipschütz: **Bildungsanomalie bei einem Säugling.** 4monatiges Kind. Reibt man ganz leicht die Haut, z. B. des Oberschenkels, kommt es zu zahlreichen, dicht nebeneinanderstehenden, leicht anämischen, mehrere Millimeter großen, buckelförmigen, unscharf abklingenden Erhabenheiten der Haut, wobei diese Veränderung gewissermaßen wellenförmig über eine größere Hautfläche abläuft. Schon nach wenigen Sekunden kommt es zur Ausgleichung, und die Haut, die auch sonst von ganz normaler Beschaffenheit ist, nimmt ihr gewöhnliches Aussehen an. Diese Hautveränderung tritt beliebig oft, auf leichte mechanische Reize und auch spontan bei Bewegungen der Extremität auf. Durch Kältereize (Chloräthyl) ist die beschriebene Hautveränderung nicht zu provozieren. Sie ist sicherlich nicht an die Follikel gebunden und hat mit Cutis anserina nichts zu tun. Die weitere Untersuchung hat ergeben, daß in etwas schwächerem Maße das Phänomen auch am Stamm und den oberen Extremitäten, hingegen nicht am Hals, an Gesichts- und Kopfhaut auslösbar ist. Die Mutter des Kindes gibt an, die beschriebene Hautveränderung schon kurze Zeit nach der Geburt beobachtet zu haben. Eine einwandfreie Deutung des in der Haut sich abspielenden Vorganges bzw. des diesem zugrunde liegenden anatomischen Substrats ist, solange die histologische Untersuchung fehlt, nicht zu geben. Lipschütz denkt an die Möglichkeit der Existenz eines aus quergestreiften Fasern zusammengesetzten Hautrumpfmuskels, wie ein solcher in ganz vereinzelten Fällen nur rudimentär als „Achselbogen" in der Literatur beschrieben wird. Während beim Menschen und beim Affen die Hautrumpfmuskulatur vollkommen in Verlust geraten ist, finden wir sie bei proanthropoiden Tierarten. Beim Igel ist sie sehr stark ausgebildet und dient zum Einkugeln, zur Einrollung des Tieres. Auch die Haut des Pferdes enthält einen Hautrumpfmuskel, der das rollenförmige Zittern der Haut des Pferdes (z. B. auf Insektenstiche usw.) bedingt.

Riehl hält es für wahrscheinlich, daß es sich um eine erhöhte Reizbarkeit der schiefen, glatten Hautmuskulatur gegen mechanische Momente handelt.

Digitized by Google

Löwenfeld (Abt. Nobl): **Strichförmige Dermatose.** Die von der Hinterseite des rechten Oberschenkels über Knie und Unterschenkel bis auf den Fußrücken sich streifenförmig erstreckende Dermatose setzt sich aus kleinen, flachen, gelblich- und rötlichbraunen Knötchen zusammen. Vielfach treten diese zu kleineren, leistenförmigen Plaques und gyrierten Figuren zusammen, einzelne Knötchen in der Höhe des Knies ähneln durch ihre polygonale Gestalt und ihren weißlichen Glanz einigermaßen dem Bilde des Lichen planus. Die Mehrzahl der Effloreszenzen zeigt den Charakter mäßig infiltrierter, etwas ödematöser, schuppender Knötchen, so daß die Affektion als lineare Dermatose von ekzematösem Typus angesehen werden muß. Die übrige Haut, sowie die Mundschleimhaut frei, nur am Halse Reste eines Ekzems und im Gesicht Chloasma nach abgelaufener Gravidität.

Nobl: **Mycosis fungoides.** 44jähr. Pat. mit seit 15 Jahren bestehender universeller Dermatose, welche nach den klinischen Erscheinungen und dem wiederholt erhobenen Gewebsbefund als Mycosis fungoides im Stadium der oberflächlichen, herdförmigen, mykosiden Infiltration anzusprechen ist. Den ganzen Körper bedecken konfluierende, psoriasiform figurierte, mäßig schuppende, infiltrierte Scheiben, ekzemähnliche, erythematöse Flecke und bräunlich verfärbte Herde. Die zugänglichen Drüsen aller Regionen bedeutend vergrößert, derb. Am Hals und an der oberen Brustgegend Zeichen einer von Gefäßerweiterungen durchsetzten Röntgenatrophie, als Residuum eines vor neun Jahren durchgeführten Bestrahlungszyklus hyperplastischer Halslymphome. Blutformel: Sahli 85, weiße Elemente 7600, rote Blutkörperchen 4720000, polynukleäre Leukozyten 65%, Lymphozyten 17%, mononukleäre Leukozyten 7%, Übergangsformen 6%, Eosinophile 4%. Histologisch ein am Papillarkörper und oberen Koriumlagen lokalisiertes, dichtes, polymorphes Infiltrat, das sich hauptsächlich aus kleinen und größeren lymphozytoiden Elementen, Fibroblasten, spärlicher aus Plasmazellen, Eosinophilen und Mastzellen zusammensetzt. Das Epithel zeigt vielfach Parakeratose und Akanthose. Im gewucherten, verbreiteten und ödematösen Rete Hohlräume, welche von Lymphozyten und eosinophilen Zellen erfüllt sind.

Sachs: **Vitiligo und Neurodermitis.** Der 40jähr. Pat. zeigt in seiner Genitalgegend, und zwar an der Glans penis und Skrotalhaut, intensive Pigmentierungen und Depigmentierungen, welche sich vor ungefähr 25 Jahren zu entwickeln begannen. Seit 15 Jahren besteht namentlich in der Skrotalgegend intensivster Pruritus. Seit zwei Jahren an den depigmentierten Stellen Knoten, ungefähr haselnußgroß, hellrot und von weicher Konsistenz, Follikel über denselben erweitert. Bei Anspannung der Skrotalhaut flachen sich die Knoten ab. Haare an den depigmentierten Stellen weiß. Die Sensibilitätsprüfung ergab zwischen pigmentierten und depigmentierten Stellen keinen Unterschied. Die Innenfläche der Genitofemoralgegend zeigt symmetrisch zu beiden Seiten je einen Herd eines Eczema folliculare und in der Kreuzbeingegend einen fünfkronenstückgroßen Herd eines Lichen Vidal. Dermographismus positiv. Untersuchung der inneren Organe sowie des Urins negativ. WR negativ. Blutbefund: 4% Eosinophile. Trotz starken Juckreizes keine Exkoriationen und Impetigines. Die histologische Untersuchung ergab außer starker Epithelproliferation ein im Papillarkörper eingelagertes Zellinfiltrat nach Art eines Granulationsgewebes mit Überwiegen von Plasmazellen. Sowohl in der Epidermis als in diesem Zellinfiltrat fehlt jedwede Pigmentierung. Dieser Fall ist analog dem von Pinkus (Derm. Zschr., 1906, S. 651).

Kren: **Eigentümliche Hautaffektion bei kleinzelliger lymphatischer Leukämie.** 26jähr. Pat. Wird ausführlich veröffentlicht.

Riehl bemerkt, daß diese Form der Leukämie zu den seltensten gehört und der Fall deshalb besondere Beachtung verdient.

Pranter: **Zystische Geschwulst der Unterlippe.** Seit sechs Wochen bestehend, von Lymphräumen oder Schleimdrüsen ausgehend.

Fischl: 1. **Lupus erythematosus.** Pat. zeigt neben typischen Herden im Gesicht und auf der Haut der Ohrmuschel Herde mit starker Hyperkeratose auf den Streckseiten der Finger.

2. **Lichen ruber verrucosus.** Einzige Lokalisation der Erkrankung auf der Haut über der rechten Tibiakante.

3. **Teerhaut und Teerkarzinom.** Pat. arbeitet seit 22 Jahren mit Teer. Typische Veränderungen (Hyperkeratose, Pigmentationen, Teerakne) des Gesichts, der Unterarme, Handrücken und des Hodensacks. Über dem Präputium kirschgroßes Karzinom.

4. **Erythema multiforme der Mundhöhle.** Wurde von anderer Seite als Stomatitis gedeutet. Spärliche Effloreszenzen an den Armen sichern die Diagnose.

Digitized by Google

5. **Livedo lenticularis (Adamson).** Pat. zeigt seit Jahren eine Livedo-racemosa-ähnliche Zeichnung der Unterschenkel nach Erythema induratum Bazin und papulo-nekrotischen Tuberkuliden. Am Halse durchgebrochenes tuberkulöses Lymphom. Die Histologie wurde von Fischl an Hand von zwei im vorigen Jahre veröffentlichten Fällen festgelegt. Es handelt sich um spezifisch tuberkulöse Veränderungen im subkutanen Fettgewebe (nicht zur Reife gekommenes Erythema induratum Bazin).

Balban: **Lichen nitidus.** Die in der letzten Sitzung demonstrierte Pat. mit der Affektion des Handrückens wird neuerlich vorgestellt. Das Aussehen der Erkrankung stimmt jetzt völlig mit dem von Pinkus beschriebenen Bilde des Lichen nitidus überein: zahlreiche flache, runde oder polygonale, stark glänzende, einzeln oder in Gruppen stehende, niemals konfluente Knötchen, von denen viele zentrale Vertiefung aufweisen. Tuberkulinproben sind positiv.

Planner (Klinik Finger): **Epidermolysis bullosa hereditaria.** 20jähr. Mädchen. Bei Urgroßvater, Großvater, Vater das gleiche Leiden. Von fünf Geschwistern nur die zwei jüngsten gesund.

Riehl: 1. **Eigenartige Keratosis palmaris et plantaris mit Nagelveränderungen.** 20jähr. Bulgare, dessen Vater und jüngere Schwester in gleicher Weise erkrankt sind. Die Veränderungen, die an Flachhand und Fußsohle in Form von mächtigen Schwielen lokalisiert sind, erinnern zunächst an Keratoma hereditarium palmare et plantare. Die Schwielenbildung ist nicht gleichmäßig an der Hand- und Fußfläche ausgebreitet, sondern okkupiert streifenförmige Partien zwischen vollständig gesunder Haut. Die Begrenzung ist weniger steil wie beim Keratoma hereditarium, der rotbläuliche Saum an einzelnen Stellen vorhanden, an anderen fehlend. Außer diesen schwieligen Auflagerungen bestehen hühneraugenartige Schwielen am Dorsum der Zehen. Es besteht außerdem eine Veränderung an den Nägeln, die an den Füßen zu pachonychieartigen Veränderungen mit wesentlicher Verdickung der Nagelplatte geführt haben, an den Händen sich dadurch auszeichnen, daß die Nagelplatten, die an ihrer Oberfläche glatt und wenig verändert erscheinen, in toto verdickt sind. Ferner findet sich beim Pat. eine ausgebreitete Leukoplakie an der Schleimhaut des harten Gaumens, der Wangen und der Gingiva. Es bestehen auch, namentlich an den Unterschenkeln, deutlich ausgebildet Ichthyosis pilaris und zudem noch verschiedene Anomalien, wie abnormales Längenwachstum der Knochen, Überstreckbarkeit der Gelenke und verschiedene nervöse Erscheinungen usw. Der Fall hat die meiste Ähnlichkeit mit dem von Jadassohn und Lewandowsky beschriebenen, als Pachonychia bezeichneten.

2. **Cornua cutanea.** Anatomisches Präparat, die Hand eines Kretins, der an Vola und Planta beiderseits zahlreiche Cornua cutanea aufgewiesen hat und bei welchem eine Verdickung der Nagelplatten zu konstatieren ist.

Ullmann: **Herpes zoster.** Der 40jähr. Pat. absolvierte eine Salvarsankur und zeigt Zoster brachioscapularis. Der arsentoxische Ursprung ist wahrscheinlich. Lipschütz wird den Fall auf seine Einschlußkörperchen hin untersuchen.

Arzt (Klinik Riehl): **Mykosis fungoides mit universeller Erythrodermie und lokalisierten, mykosiden Infiltraten.** 63jähr. Pat., dessen Haut universell gerötet erscheint, dabei schuppt und zirkumskripten Haarausfall aufweist. Außerdem herdförmige Infiltrate der linken Wange, in Gegend des rechten Trochanter major und eine handtellergroße Ulzeration am linken Unterschenkel mit elevierten, infiltrierten Rändern und einigen haselnußgroßen Knoten in der Umgebung. Drüsenschwellung in inguine und eine kleinere Drüse hinter dem linken Ohr. Für die Frage nach der Ursache der Erythrodermie kommen in Erwägung: 1. Psoriasis universalis, 2. Leukämie, 3. Pityriasis rubra, 4. eine Mycosis fungoides. Blutbefund ohne Anhaltspunkt für Leukämie. Die Untersuchung von 3 Probeexzisionen (die erste aus der geröteten Haut am Stamme, die zweite aus dem Infiltrationsknoten an der linken Wange, die dritte aus einem geschlossenen Knoten in der Umgebung des Ulkus am linken Fuß) ergab in den letzten 2 Exzisionen herdförmige Infiltrate, in die Tiefe der Kutis sich erstreckend, von ausgesprochener Polymorphie der Zellen. Rundzellen, Plamazellen, große einkernige Zellen (Mykosiszellen nach Paltauf) und ausgesprochene Gefäßveränderungen mit Proliferationsvorgängen und mächtigem Infiltrationsmantel, so daß die Diagnose Mycosis fungoides gerechtfertigt erscheint.

Arzt (Klinik Riehl): **Follikuläre Hyperkeratose.** 45jähr. Pat., am Stamm, weniger an den Extremitäten, follikulär gestellte, Lichen-pilaris-ähnliche, meist dunkelbräunliche Knötchen mit zentralem Hornpfropf, daneben, besonders unterhalb der Axilla, stecknadelkopfgroße, braune Pigmentflecke. Vordem Lueskur,-WR negativ, Liquor hoch

Digitized by Google

positiv. Histologisch: Hornmassen im Follikel und in der Tiefe, um denselben unspezifische Entzündung. Über die Natur des follikulären, hyperkeratotischen Prozesses läßt sich nichts sagen.

Kumer (Klinik Riehl): 1. **Psoriasis vulgaris mit schweren Allgemeinerscheinungen.** 46jähr. Frau, erstmalige Psoriasis mit 22 Jahren. In den letzten 3 Jahren drei schwere, den jetzigen Erscheinungen gleichende Ausbrüche. Derzeit fast universelle Psoriasis mit mächtiger, entzündlicher Gelenkschwellung. Fieber bis 40°. Pat. sehr herabgekommen, allgemeine Drüsenschwellung.

2. **Lupus erythematosus der Mundschleimhaut.** 25jähr. Mann mit Lupus erythematosus der Nasengegend und ausgedehnten Herden der Schleimhaut der Wangen und des weichen Gaumens.

3. **Lupus vulgaris disseminatus.** 4jähr. Kind, 12 typische, linsengroße Herde an Stamm und Extremitäten im Anschlusse an Masern.

Fuhs (Klinik Riehl): 1. **Lichen scrofulosorum.** 15jähr. Pat. mit braunrotem, schuppendem, follikulärem Knötchenexanthem am Stamme, Lymphomata colli. Die kutanen und perkutanen Reaktionen mit Alttuberkulin geben ein stark positives Resultat.

2. **Atypische Mikrosporie des Kapillitiums und Lichen microsporicus.** Die 6jähr. Pat. zeigt ein im Abklingen begriffenes lichenoides Exanthem am Stamm. Dieses trat 3 Wochen nach Röntgenbestrahlung des Kapillitiums und Verabfolgung einer Zinkleimhaube, am Tage nach einer provokatorischen, intrakutanen Trichophytininjektion auf. Die Lokalreaktion an der Impfstelle wies Rötung und Schwellung der Haut mit Lymphangoitis und Bildung lichenoider Papeln in der Umgebung auf. Nebenbei besteht entzündliche Mikrosporie des behaarten Kopfes. Die Kultur ergab Microsporon Audouini. Weder im Blute, noch im abgekratzten Material der Lichenknötchen konnte mikroskopisch oder kulturell der Erreger nachgewiesen werden.

Kren: Zum Zustandekommen eines Lichen microsporicus bzw. trichophyticus scheinen gewisse Vorbedingungen notwendig zu sein. So wissen wir, daß er entweder erst nach Röntgenbestrahlung, also Pilzschädigung, oder nach Trichophytininjektionen auftritt. Es scheinen aber auch andere Pilzschädigungen ihn zu provozieren. In Krens Abt. wurde eine rezidivierende Mikrosporie, die in der Gesellschaft schon einmal wegen ihres auf intravenöse Injektionen hin aufgetretenen Lichen demonstriert worden war, nach Buschke mit Pyrogallus behandelt. Daraufhin entstand zum 2. Male ein Lichen microsporicus.

Fuhs (Klinik Riehl): **Pachydermie nach Erysipel und Trichostasis spinulosa (Lanugokomedonen).** Pat. zeigt seit 17 Monaten Schwellung und Verdickung der Augenlider, Oberlippe und Wangen von derb elastischer Konsistenz. Außerdem in der Haut des knorpeligen Nasenanteiles komedonenähnliche Gebilde von mehreren Millimeter Länge, teils als schwarze Pünktchen, teils als kurze schwarze Stacheln. Die mit der Pinzette ausgepreßten, wurmförmigen Gebilde erweisen sich unter dem Mikroskop als garbenförmige Bündel von 10—40 Kolbenhaaren, die durch Hornzellenverbände zusammengehalten werden. Ähnliche Fälle sind von Thin und Crocker, Du Bois, Franke, Csillag und Nobl beschrieben. Letzterer hat ebenso wie Weidenfeld 1913 einen Fall von Pinselhaaren in der W. derm. Ges. vorgestellt.

Randak (Klinik Riehl): **Granulosis rubra nasi.** 7jähr. Knabe.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

August 1922, Bd. 36, H. 5.

Salvarsanurtikaria und angioneurotischer Symptomenkomplex, von R. Pol-land-Graz. S. 249—253. Bei einer Pat., die schon mehrere spezifische Kuren durchgemacht hatte, stellt sich bei einer neuen Kur nach Injektion von Dos. III Neosalvarsan eine akute vasotoxische Salvarsandermatitis ein. Es liegt eine Schädigung der Vasodilatatoren vor. Die Toleranzgrenze für Salvarsan ist in diesem Fall überschritten worden. Salvarsannatrium bei den nächsten Injektionen wurde viel besser vertragen. Ein mahnendes Zeichen für drohende vasomotorische Reizungen ist das Auftreten von Geruchsempfindungen während der Einspritzung. Bei solchen Menschen empfiehlt es sich, besonders vorsichtig zu dosieren.

Digitized by Google

Die Flora der Dermatomykosen in Schleswig-Holstein, von O. Grütz (Univ.-Hautklinik Kiel). S. 254—271. Die Befunde wurden an ungefähr 200 Fällen von Dermatomykosen erhoben. In 48% der Fälle wurden tierische Pilzformen als Erreger nachgewiesen, die immer, auf behaarter und unbehaarter Haut, stark entzündliche Trichophytien hervorgerufen haben. Das ektothriche bzw. endothriche Vegetieren der Pilze kann nicht allein als Charakteristikum für die auch nur annäherungsweise Bestimmung der Hautpilze Verwendung finden. In 20% wurde das Trich. faviforme album gefunden, von dem fast ausschließlich Menschen befallen sind, die mit Rindvieh zu tun haben. Bei den Kulturen spielt die Nährbodenbereitung die größte Rolle. Jede geringe Abweichung läßt die Systematisierungskunst der Pilzbestimmung kläglich scheitern.

Beiträge zur Klinik und Bakteriologie des Ulcus phagedaenicum, von F. Fischl und L. Kirschner. (Abt. Ehrmann und bakt. Labor. d. Volksgesundheitsamtes Wien.) S. 271—279. Es wurden in zwei Fällen phagedänischer Geschwüre der unteren Extremitäten im Ausstrich und im Schnitt trommelschlägelartige, tetanusbazillenähnliche Stäbchen nachgewiesen; die Weiterimpfung zwecks näherer Bestimmung war nicht möglich. Verff. konnten in vier Fällen phagedänischer Geschwüre des Penis eine Symbiose fusiformer Stäbchen und Bazillen feststellen, wie dies vorher schon Rona und andere Verfasser getan haben.

E. Meyerhoff-Hamburg.

Proceedings of the Royal Society of Medicine. Dermatological Section.

Sitzung vom 16. März 1922.

Henry McCormac: **Fall von unechter Hautdiphtherie** (Case of Spurious Diphtheria of the Skin). Bei einem Syphilitiker fand sich ein geschwüriger Prozeß auf der Wangenschleimhaut, der sich auf Salvarsan besserte. Mikroskopisch anscheinend Reinkultur von Klebs-Loeffler-Bazillen, jedoch zeigte die Impfung auf Meerschweinchen die Bazillen als zum Xerosis-Typus gehörig. Der Fall beweist die Notwendigkeit des Tierexperimentes.

W. Knowsley Sibley: **Lymphadenoma cutis.** Schon früher vorgestellter Fall. Histologisch: Zellinfiltration im Korium und der Subkutis, in der Epidermis nur Abflachung der interpapillären Fortsätze. Die Zellinfiltration ist auf die unmittelbare Nachbarschaft der Blutgefäße, der Lymphgefäße und der Schweißdrüsen beschränkt.

J. M. H. MacLeod: **Hydroa aestivale.** Der Fall stellt einen Zwischentypus zwischen dem der Sommerprurigo von Hutchinson und dem vakziniformen Typus von Bazin dar. Die Erkrankung trat bei einem 11jährigen Mädchen seit fünf Jahren regelmäßig im Sommer auf, jedoch sind die Sonnenstrahlen wahrscheinlich nicht der einzige ätiologische Faktor.

E. G. Graham Little: **Drei Fälle von multiplem Ulcus rodens** (Three Cases of Multiple Rodent Ulcer). Ausgedehnte Eruptionen von (bis über 100) sehr oberflächlichen, flachen Epitheliomen mit eigentümlich roten Läsionen. Histologisch typischer Befund. Man hat diese Fälle auch als Bowensche Krankheit erklärt. Darier spricht sich entschieden gegen die Identität aus, bei der Bowenschen Krankheit bestehe Dyskeratosis, die Läsionen seien feucht, hier dagegen trocken und es bestehe keine Dyskeratosis.

E. G. Graham Little: **Fall von prämykotischem Stadium der Mycosis fungoides** (Case of the Pre-tumour Stage of Mycosis fungoides). Auftreten der zirkumskripten, rauhen, rundlichen Flecke seit 3 Jahren. Keine Tumoren. Histologisch frische Zellinfiltration der Pars papillaris des Koriums. In der Besprechung wird der Fall für Parasporiasis gehalten.

Agnes Savill: **Fall von Sarkoid.** In der Besprechung wird die Möglichkeit erörtert, daß es sich um das von Schaumann beschriebene beningne Lymphogranulom handelt.

George Pernet: **Gefärbtes Präparat von einem Falle von Kerato-Epitheliom des Hodensackes** (A Stained Section from a Case of Kerato-epithelioma Scroti). Krebszellen vom Charakter der Pflasterzellen in Massen angeordnet, die die Haut durchdringen. In der Literatur kein ähnlicher Fall.

J. Darier-Paris: **Über die primitiven Epitheliome der Haut** (Des Epithéliomes Primitifs de la Peau). Besprechung der Methoden der experimentellen Erzeugung maligner Hautgeschwülste. Als Formen unterscheidet er den Spindelzellen- und Basalzellenkrebs, sowie das von ihm seit mehreren Jahren speziell studierte, eine Zwischen-

Digitized by Google

oder kombinierte Form der beiden anderen darstellende Epithéliome métatypique (Spindel-Basalzellenkrebs). Am häufigsten im Gesicht, besonders an der Nase. Es ist radio-resistent, doch ist die Diagnose nur histologisch zu stellen. Zwei Typen: E. métatypique mixte und E. métatypique intermédiaire.

Sitzung vom 18. Mai 1922.

A. W. Stott: **Fall von Erythromelalgie (?).**

H. W. Barber: **Fall von Fox-Fordycescher Krankheit** (Case of Fox-Fordyce Disease). F. hatte die Erkrankung als chronische, juckende, papulöse Eruption der Achselhöhlen und der Schamgegend beschrieben und war geneigt, sie mit Lichen simplex zu identifizieren. B. betont demgegenüber die regelmäßige Lokalisation in Achselhöhlen, Schamgegend und Prästernalgegend und die Unwirksamkeit der Röntgenstrahlen.

E. G. Graham Little: **Fall von serpiginösem Angiom?** (Case of Angioma Serpiginosum?). Eine bei einem 12jähr. Knaben seit 10 Jahren bestehende, linienförmig vom Knöchel allmählich am Bein weiter aufsteigende nävusartige Affektion. Die Efloreszenzen haben das Aussehen punktförmiger hämorrhagischer Flecke.

H. S. Adamson: **Hautmelanose mit melanotischem Karzinom** (Melanosis Cutis, with Melanotic Carcinoma). Tumor am linken Daumen, braune Pigmentmäler an der rechten Wange und am vorderen Rande der rechten Achselhöhle.

George Pernet: **Ulcus rodens von ungewöhnlichem Typus** (Rodent Ulcer of Unusual Type. Mixed Follicular Rodent and Superficial Epithelioma).

George Pernet: **Fall von Sklerodermie.**

S. E. Dore: **Fall von Adenoma sebaceum.** Der Fall ist vom Typus Pringle, verbunden mit Gefäßdilatation.

H. W. Barber: **Fall von knötchenförmiger Lepra** (Case of Nodular Leprosy). Zahlreiche Knötchen am Körper zerstreut, positiver Bazillenbefund. Behandlung mit Vakzine aus den Knötchen.

Haldin Davis: **Fall von Lepra.** Lange Inkubation, da die aus Riga gebürtige Pat. seit 22 Jahren von dort fort und erst seit 6 Monaten erkrankt ist. Klinisch große Ähnlichkeit mit Mycosis fungoides.

W. J. O'Donovan: **Bullöse Ichthyosis** (Bullous Ichthyosis). Seit dem zweiten Lebenstage in Intervallen auftretende Bläschen. Bei der ersten Besichtigung impetiginöser Zustand, einen Monat später tylotischer Zustand der Hände und Füße, Hyperkeratosen über den Ellenbogen, Knien, Nacken.

W. J. O'Donovan: **Fall von Teerakne.**

E. G. Graham Little: **Fall von Folliculitis decalvans.** Haarausfall mit narbiger Atrophie. Zahlreiche noch aktive perifollikuläre Pusteln.

A. M. H. Gray: **Fall von rezidivierender Stomatitis** (Case of Recurring Stomatitis). Bei der früheren Vorstellung wurde vermutet, es könnte sich um Erythema iris handeln; während der letzten Wochen Eruption von typischem Erythema iris an den Händen.

E. Levin-Berlin.

The Urologic and Cutaneous Review.

Juli 1922, Bd. 26, Nr. 7.

Die Theorie der Krebsbehandlung (The Philosophy of Cancer Treatment), von Gustav Kolischer-Chicago, Ill. Die zum großen Teil theoretischen Erwägungen gipfeln in der Folgerung, daß die Wirksamkeit der chirurgischen Diathermie und Radiotherapie bei malignen Geschwülsten nicht so sehr in einer direkten Zerstörung als einer Vorbereitung für die Entwicklung chemotherapeutischer Kräfte zu suchen sei.

Untersuchungen über die Ausscheidung von Indigokarmin und Phenolsulfonaphthalein nach intravenöser und intramuskulärer Einspritzung (Studies on the Output of Indigocarmin and Phenolsulphonaphthalein after Intravenous and Intramuscular Injection), von B. A. Thomas und W. I. Min. Hsu-Philadelphia, Pa. Der Eliminationsindex des Indigokarmins nach intramuskulärer Einspritzung ist eine wertvolle Kontrolle für das chirurgische Risiko besonders bei der Prostatektomie, doch erwies sich die intravenöse Anwendung vorteilhafter. Phenolsulfonaphthalein kann in gleicher Weise angewendet werden, es besitzt gegenüber dem Indigokarmin keine Vorteile bei der Bestimmung des sogenannten Eliminationsindex.

Digitized by Google

Stumme Harnsteine (Silent Urinary Calculi), von HARRY K. BONN-Indianopolis, Ind. Steine des Harntraktus, die keine Symptome machen. Besprechung einiger besonderer Fälle.

Ozolagny, von JAMES G. KIERNAN-Chicago, Ill. Verf. Behandelt den Einfluß von Geruchseindrücken auf geschlechtliche Erregung (Geruchsfetischismus).

Die Wirkung der Quellen von Pistyan auf Hautkrankheiten (The Action of Pistyan Springs in Skin Diseases), von EUGEN NEUWIRTH-Bad Pistyan. Aufzählung einer großen Zahl von Dermatosen, bei denen zum mindesten beträchtliche Besserungen erzielt wurden.

Die Psycho-Analyse von THEOPHIL GAUTIERS „Clarimonde" (The Psycho-Analysis of THEOPHILE GAUTIER'S „Clarimonde"), von NOAH E. BRONSTAM-Detroit, Mich. Im Traumleben offenbaren sich Regungen, die dem Charakter der Persönlichkeit im wachen Zustande gerade entgegengesetzt sind.

Juckende Punkte (Itchy Points, Puncta Pruritica), von NOXON TOOMEY-St. Louis. Es handelt sich um mehrere Personen, bei denen jahrelang an denselben Stellen des Körpers heftiges Jucken auftritt, ohne daß sonstige Veränderungen daselbst zu bemerken sind. E. Levin-Berlin.

Bücherbesprechungen.

Kleine Urologie. Ein Leitfaden zur Erkennung und Behandlung der Krankheiten der Harnwege, von B. GOLDBERG-Köln-Bad Wildungen. (Curt Kabitzsch, Leipzig 1922) Das 130 Seiten umfassende, mit 33 Abbildungen im Text und 3 Tafeln im Anhang ausgestattete Büchlein des Verf. will besonders dem Allgemeinpraktiker zur Seite stehen, wenn er kleine Eingriffe, die zur Diagnose nötig sind, ausführen muß. Die schwereren, dem Urologen zu überlassenden Eingriffe werden nur kurz erwähnt. Im allgemeinen ist zu sagen, daß das Büchlein zurzeit des Aufschwunges der Urologie dem Bedürfnis entspringt, auch den Praktiker mit den urologischen Neuerungen bekannt zu machen. Die für den äußerst geringen Preis gute Ausstattung mit Abbildungen, die den Text zweckmäßig unterstützen, gestattet eine leicht verständliche Lektüre, die dem Buch bald die weite Verbreitung sichern wird, die es verdient. Besonders auch dem Studierenden wird es gute Dienste leisten, da es durch präzise Einteilung der Materie eine leichte Orientierung ermöglicht. A. Rosenburg-Berlin.

Grundriß der menschlichen Erblichkeitslehre und Rassenhygiene. Bd. 2: Menschliche Auslese und Rassenhygiene, von LENZ. (Verlag J. F. Lehmann, München 1921.) Verf. erläutert zunächst den Begriff der Auslese und zeigt im ersten Abschnitt seines Werkes unter Beibringung zahlreicher und wertvoller Zahlenreihen, wie akute Infektionskrankheiten, Tuberkulose, Syphilis und Blennorrhoe, Kindersterblichkeit, Alkohol, Tabak, Morphium, schließlich der Krieg im Sinne einer Auslese wirken. Wichtiger und für den Bestand einer Rasse ausschlaggebender als diese biologische Auslese ist die soziale. Eindringlich wird klargelegt, wie die unzureichende Fortpflanzung der höherbegabten und sozial wertvollen Menschen Rasse und Kultur gefährdet. Hierin liegt eine der Hauptursachen des Unterganges der großen Rassen. Der zweite Abschnitt handelt von der praktischen Rassenhygiene. Aus dem überreichen Stoff hebe ich hervor: die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, die Eheverbote und Eheberatung, die Verhinderung der Fortpflanzung Minderwertiger (durch Abschließung bzw. künstliche Sterilisation), die Erleichterung der Eheschließung für Höherbegabte (durch Besoldungs- und Steuerreformen), bessere Ausgestaltung des Erbrechts, des Siedlungswesens usw. Warm tritt LENZ für die Ehe ein, als den Grundpfeiler unserer sozialen Ordnung. Im Abschnitt Siedlungswesen bespricht LENZ besonders ausführlich seinen Vorschlag, bäuerliche Lehen zu schaffen. In den meisten und wichtigsten Fragen wird man LENZ ohne weiteres beipflichten können. Aber nicht in allen. So, wenn er ein völliges Verbot verbreiteter Genußmittel, wie des Alkohols und des Tabaks, für durchführbar hält. Widersprochen werden muß der Anschauung, die Meldepflicht bei Geschlechtskrankheiten werde von Fachärzten aus selbstsüchtigen Gründen abgelehnt. Auch die Stellung des Verf. zur Judenfrage — er wünscht keine Mischehen, keine Assimilierung — wird von vielen Lesern nicht geteilt werden. Doch das sind kleine Ausstellungen, die den Wert des Buches, dem wir recht viele Leser wünschen, nicht herabsetzen. Wie alle Arbeiten von LENZ ist auch die vorliegende außerordentlich klar und lebendig ge-

Digitized by Google

schrieben, der ungeheure Stoff mustergültig bewältigt. Alle Fragen des umfangreichen Gebietes sind von großen Gesichtspunkten behandelt. Das ganze Buch ist durchdrungen von der warmen Liebe zu seinem Volke. Hier spricht ein selbständiger Kopf, der überall anregend wirkt, auch da, wo man ihm nicht folgen kann. Zum Schluß bringt Lenz noch eine Erklärung der zahlreichen Fachausdrücke. Überprüft man diese recht umfangreiche Aufstellung, so fragt man sich unwillkürlich: ist das Erfinden immer neuer und oft wenig schöner Fremdworte wirklich notwendig und der so großen und wichtigen Sache dienlich? Viele werden diese Frage verneinen. E. Meirowsky-Köln.

Mitteilungen aus der Literatur.

Urogenitalapparat.

b. Penis, Urethra, Blase.

Dilatation der Harnröhre „ohne Ende", von Hammesfahr-Magdeburg. (Zbl. f. Chir., 1922, Nr. 14, S. 475.) Verf. führt von der Zystotomiewunde aus dünne Ureterenkatheter durch die Blase zur Harnröhre hinaus und schließt daran allmählich immer dickere Katheter an. Von den zwei beschriebenen Fällen fand sich in einem Falle keine Prostata hypertrophica, aber doch die urethrale Blasenöffnung so klein, daß eine 2 mm starke Metallsonde „hineingestoßen" werden mußte. Allmählich war durch die Dilatation ohne Ende die Öffnung so weit geworden, daß die Harnröhre nach 3 Wochen auf Charr. 26 erweitert war. Der zweite Fall war eine Harnröhrenzerreißung, wo ebenfalls ein Katheter ohne Ende eingezogen wurde. Bei Prostataoperationen verwendet Verf. so lange Gummidrains, daß er bei Inkrustation immer ein neues Gummidrainstück in den Blasenfundus hinunterziehen kann. Er nennt dieses „Bougierung ohne Ende". A. Rosenburg-Berlin.

Über Strikturen der männlichen Urethra (On the Strictures of the Male Urethra), von A. Ravogli-Cincinnati. (Am. J. of Surgery. Dez. 1920.) Zusammenfassende Arbeit sämtlicher, auch der traumatischen Strikturen der männlichen Urethra. Die blennorrhoischen sind mit 75 % (Thompson) und 85 % (Martin) in der Überzahl. A. Rosenburg-Berlin.

Einige ungewöhnliche Ursachen von Miktionsbeschwerden, veranlaßt durch abnorme Zustände am Blasenhals (Some Unusual Causes of Difficulty of Micturition Due to Abnormal Conditions at the Vesical Neck), von W. K. Irwin. (Lancet, Nr. 5148, S. 841.) Der Verf. geht kurz auf drei seltene Ursachen von Miktionsbeschwerden ein. Es sind Fälle, in denen eine Verengerung am Blasenhals besteht, Fälle mit den Symptomen einer Prostatahypertrophie, ohne daß sie vergrößert ist. In der ersten Reihe der Fälle wird die Urethra komprimiert durch die kleine, oft kaum palpable, aus fibrösem Gewebe bestehende Prostata, so daß ähnliche Symptome bestehen wie bei der Prostatahypertrophie. Prädisponierende Ursachen dieser fibrösen Umwandlung der Prostata sind Steine, Tuberkulose und Abszesse. Die Therapie besteht, da die Dehnung durch Bougies nicht von Dauer ist, in Prostatektomie. Als zweite Ursache führt er an angeborene Klappen aus Schleimhautfalten in der Pars prostatica der Urethra; und zwar ist der konkave Teil der Klappe nach der Blase zu gerichtet, so daß Instrumente, ohne ein Hindernis zu finden, eingeführt werden können. Charakteristisch für diese Fälle ist, daß die Miktionsbeschwerden seit frühester Kindheit bestehen. Therapeutisch gibt die besten Erfolge die Entfernung der Klappen durch Kauterisation, Scheren oder durch den Finger auf dem suprapubischen Wege. Die dritte ungewöhnliche Ursache endlich sieht Verf. in einem Krampf des Sphincter internus. Es sind Fälle, in denen eine frühere Blennorrhoe und eine Rückenmarkskrankheit ausgeschlossen werden kann, die Prostata ist normal. Beim Einführen eines Bougies trifft man auf einen Widerstand in der Gegend des Sphincter internus. Die Symptome ähneln denen der Fälle der 1. und 2. Reihe. Die Therapie besteht in der Dehnung des Sphinkters. R. Erichson-Kiel.

Einige Beobachtungen über Kontraktur des Blasenhalses (Some Observations on Contracture of the Neck of the Bladder), von Edwin Beer-New York. (New York m. J., 1922, Bd. 115, Nr. 9.) Kontraktur des Blasenhalses kann in früher Kindheit auftreten und Symptome bieten, die eine Diagnose erst mit Eintritt der Pubertät ermöglichen. In unkomplizierten Fällen läßt die urethroskopische Untersuchung leicht die charakteristischen Veränderungen erkennen. Eine für alle Fälle erfolgreiche Behand-

Digitized by Google

lung scheint es nicht zu geben; Verf. hatte gute Erfolge mit Exzision der hinteren Lippe durch den ganzen Sphinkter in das Prostatagewebe mit Durchtrennung etwaiger sekundärer fibröser Streifen im prostatischen Teil der Harnröhre. Levin-Berlin.

Die Blasendivertikel (Les diverticules de la vessie), von Legueu. (Progr. Méd., 1922, Nr. 3.) Sie können die verschiedenste Größe bis zu der der Blase selbst haben, sind meist unterhalb dieser gelegen; ihre Öffnung ist stets kleiner als der Durchmesser des Hohlraumes. Von der Blase zu ihnen und umgekehrt können Flüssigkeiten und Steine gelangen. Sie sind kongenital (das ist im allgemeinen der Fall, wenn sich nur ein Divertikel findet) oder erworben (Prostatiker. Tabiker). Klinisch können sie sich unter Pyurie und Retention verbergen. Für die Diagnose ist Zystoskopie und Zysto-Radiographie ausschlaggebend. Die Behandlung ist eine operative, sie ist, bei ungünstiger Lage des Divertikels, schwierig. E. Levin-Berlin.

Ein Beitrag zum Kapitel der Blasenhernien und Fremdkörper in der Blase, von N. Ellerbrock-Celle. (Mon. f. Gyn., Mai 1922, Bd. 57, H. 6, S. 341.) Verf. sah bei einer 61jähr. Frau, die vor 2 Jahren wegen einer Hernia inguinalis operiert worden war, eine seit etwa einem Vierteljahr bestehende Fistel im medianen Wundwinkel der Narbe, aus der sich eine seröse Flüssigkeit entleerte. Der Urin zeigte bei normalen Mengeverhältnissen die Zeichen einer schweren Zystitis. Die Zystoskopie, die nach mehrtägiger Blasenbehandlung vorgenommen wurde, zeigte in der Blase einen inkrustierten Tupfer als Fremdkörper liegen. Die Frage, ob der Tupfer in die Blase durch die intakte Blasenwand hindurchgewandert ist, oder ob es sich um eine Blasenhernie gehandelt hat und der Tupfer in die eröffnete Blase hineingelegt wurde, und dann vergessen wurde, ist nicht mit Sicherheit zu entscheiden, jedenfalls ist eine Einwanderung von Fremdkörpern vom Abdomen in die intakte Blase nicht selten beobachtet worden. — Die Symptome der Blasenhernien sind, auch bei Inkarzeration so ähnlich, daß eine Differentialdiagnose nur schwer ist, selbst Stuhlverhaltung ist beobachtet worden. Meist wird die Diagnose bei der Operation selbst gestellt. Die Einführung eines Katheters in die Blase oder die Zystoskopie sichern die Diagnose, wenn Zweifel bestehen. A. Rosenburg-Berlin.

Einfluß des Pituitrins auf die motorische Tätigkeit der Blase (L'influenza della pituitrina sulla funzione motorica della vescica), von M. G. Serdinkoff-Moskau, Gynäk. Institut. (Rif. med., 1922, Nr. 18.) Beschreibung eines Falles von Zystopyelonephritis mit Ptosis und Dilatation der Blase bei Unvermögen, den Harn spontan zu entleeren. Durch subkutane Injektionen von Pituitrin neben lokaler und interner Behandlung vollständige Heilung. E. Freund-Triest.

Hochfrequenzströme und Röntgenbehandlung bei Blasengeschwülsten (High Frequency Currents and Roentgenotherapy in Vesical Tumors), von Gustav Kolischer und Harry Katz-Chicago. (J. Am. m. Ass., Bd. 78, Nr. 21, S. 1598—1602.) Die Verff. schildern kurz die einzelnen Behandlungsarten der Blasengeschwülste und ihre Indikationen, so die endovesikale Fulgurationsmethode für die gutartigen Blasengeschwülste, für die bösartigen die Operationsmethode mit nachfolgender Zerstörung der Geschwulst mittels des elektischen Stromes. Von 27 Fällen von bösartiger Geschwulst, die nach der kombinierten Methode behandelt wurden, starben 2 wenige Tage nach der Operation. Die übrigen haben bis jetzt keinen Rückfall gezeigt, obwohl bei einem der zuerst Behandelten schon 3 Jahre nach der Operation verstrichen sind. F. Quasig-Hamburg.

Ein operativ geheilter Fall von tabischer Blasenparese, von Rudolf Oppenheimer-Frankfurt a. M. (Zbl. f. Chir., 1922, N. 7, S. 221.) Verf. hat, von der Tatsache ausgehend, daß die Rektusmuskulatur bei der Tabes dorsalis verschont bleibt, in einem Falle, in dem alle Hilfsmittel versagten, die Blase aus dem Peritoneum herausluxiert und quer über die Blasenhinterfläche von vorne rechts nach hinten unten links und umgekehrt je einen Streifen Rektusmuskulatur gezogen, mit dem Erfolge, daß jetzt die Blasenfülle genau gespürt wurde und daß der vorher sehr beträchtliche Restharn in ganz kurzer Zeit völlig verschwand und Pat. von seiner Blasenparese geheilt ist. Die Indikation für diese Operation besteht, sobald eine organisch bedingte Nervenläsion unterhalb des L. I sitzt. A. Rosenburg-Berlin.

c. Hoden, Samenbläschen, Prostata.

Ein dritter Testikel als Darmanhang, von A. J. F. Oudendahl. (Virch. Arch., Bd. 238, H. 1.) Bei der Sektion eines an Malaria tropica gestorbenen Inders fand sich 30 cm oberhalb der Valvula ileocoecalis ein taubeneigroßer, grauweißer, hartelastischer Körper, der mit der konvexen Darmwand durch einen 4,5 cm langen Stiel zusammen-

Digitized by Google

hing. Histologisch zeigte sich ein ausgedehntes Kanälchensystem, täuschend ähnlich normalem Hodengewebe. Irgend ein Zeichen von Spermatogenese war nirgends zu finden, trotzdem Zwischenzellen vorhanden waren, die sich in nichts von denen in normal funktionierenden Hoden unterschieden. Der Hodensack enthielt zwei völlig normale Hoden. G. Assmann-Kiel.

Was von der traumatischen Orchitis zu halten ist (Ce qu'il faut penser de l'orchite traumatique), von Leguru. (Progr. méd., 1922, Nr. 17.) Eine Hodenentzündung traumatischen Ursprungs im eigentlichen Sinne gibt es überhaupt nicht. Immer ist eine vorher bestehende Blennorrhoe oder Tuberkulose die eigentliche Ursache. Abgesehen von den Entzündungen gibt es jedoch Hodenläsionen unzweifelhaft traumatischen Ursprungs, die auch versicherungstechnisch als Unfall aufzufassen sind. E. Levin-Berlin.

Zur Frage der chronischen, nicht spezifischen Hoden- und Nebenhodenentzündung, von Felix Mandl. (Aus d. Wien. chirurg. Universitätskl.) (D. Zschr. f. Chir., 1922, Bd. 170, Nr. 5/6.) Es handelt sich um Fälle, die nicht-spezifischer Natur sind (Lues, Blennorrhoe, Tuberkulose) und wahrscheinlich auf hämatogen-metastischem Wege oder durch deszendierende Infektion entstanden sind. Schilderung von vier einschlägigen Fällen, bei denen zweimal unter der irrtümlichen Diagnose einer tuberkulösen Erkrankung die Semikastration vorgenommen wurde; eine solche ist bei derartigen Fällen nicht am Platze: drei der Fälle standen unleugbar mit einer vorangegangenen Bassinischen Leistenbruchoperation im Zusammenhange; inwieweit die bei derselben stattfindenden Insulte und konsekutiven Stauungen mit einer Infektion zusammenhängen, ist noch nicht bestimmt zu entscheiden. E. Levin-Berlin.

Sarkom eines Bauchhöhlenhodens (Sarcoma of an Undescendet [Abdominal-] Testicle), von G. H. Edington, Univers. Glasgow. (Brit. m. J., 1922, Nr. 3195, S. 475.) Bei einem 49jähr. Pat. wurde ein Monorchismus festgestellt, die linke Skrotumhälfte war leer. Bei der später vorgenommenen Laparotomie wurde ein 5,3 : 4,3 : 3 cm großer, extraperitonealer Tumor des kleinen Beckens exstirpiert, der sich als Sarkom mit Resten atrophischer Hodensubstanz erwies. Maligne Erkrankungen des Hodens sind sehr selten. In einem großen Londoner Hospital wurde ihre relative Häufigkeit auf 1 : 2100 männliche Zugänge berechnet. E. Sklarz-Berlin.

Hodentransplantation und Homosexualität, von E. Kreuter-Erlangen. (Zbl. f. Chir., 1922, Nr. 16, S. 538.) Verf. fand bei einem 3 Wochen alten Hodentransplantat fast vollständige Nekrose sowohl des Keimepithels wie auch der Zwischenzellen. In einem zweiten Falle, der zwei Jahre zurücklag, konnte keine Spur des implantierten Hodens festgestellt werden, so daß er der Hodentransplantation jede Aussicht absprechen mußte. Unter seinen Versuchen hat nun Verf. einen doppelseitigen Kastraten, dessen Triebleben auch nach Verlust beider Hoden heterosexuell war, den Hoden eines Homosexuellen implantierte, trotzdem hat sich während der ganzen Bebachtungzeit, 8 Monate, sein Triebleben unverändert heterosexuell gehalten. Ein Homosexueller ließ sich den Leistenhoden eines 20jähr. Heterosexuellen implantieren. Nach 3 Wochen wurde das Transplantat, da es den Patienten störte, entfernt, ohne daß irgend ein Effekt zu verzeichnen gewesen wäre. A. Rosenburg-Berlin.

Ein geheilter Fall von Homosexualität durch Hodentransplantation, von E. Pfeiffer-Budapest. (D. m. W., 1922, Nr. 20, S. 660—662.) Ohne vorherige Kastration und unter Ausschaltung jeglicher Suggestion wurde bei einem Patienten, bei dem sich gleich nach der Pubertät Homosexualität einstellte, eine Hodentransplantation ausgeführt. 7 Wochen nach der Operation war die Behaarung, besonders die der Genitalien, stärker und dichter geworden. 15 Tage nach der Operation war bereits Libido vorhanden. F. Harry-Berlin.

Beitrag zur Semiologie der Prostata (Contributo alla semeiologia della prostata), von E. Pirondini. (Policlinico, 1922, Nr. 18.) Hinweis auf die Bedeutung einer genauen rektalen Untersuchung der Prostata: diese soll sich nicht nur auf die Feststellung der Dimensionen der Prostata, sondern auch auf die morphologischen Merkmale ausdehnen. Es werden Beispiele von auf Grund einer solchen Untersuchungsmethode gewonnenen Befunde angegeben. E. Freund-Triest.

Ein schwerer, mit Hydrotherapie behandelter Fall von akuter Prostatitis (Sur un cas de prostatite aiguë à forme grave traitée par l'hydrothérapie), von Derecq. (Progr. méd., 1922, Nr. 3.) Zur Anwendung kamen heiße Duschen von 45—46° C im Sitzen gegen Perineum und Sakrolumbalgegend sowie Seifenabreibungen der ganzen Haut mit Frottierhandschuhen und Duschen von 40° C zur Anregung der allgemeinen Zirkulation. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Singultus bei Harnretention infolge Prostatahypertrophie, von Herbert Schön-Halle a. S. (Zbl. f. Chir., 1922, Nr. 22, S. 785.) Verf. sah bei einem 80jähr. Prostatiker aus bisherigem Wohlbefinden heraus einen Singultus heftigster Art auftreten. Da dem Verf. an mehreren Tagen die gefüllte Blase auffiel und Pat. ihm erklärte, daß er in letzter Zeit an Harnträufeln gelitten habe, ohne daß es zu einer ordentlichen Entleerung der Blase gekommen sei, so katheterisierte Verf. und sah, daß der Singultus einige Stunden später spontan verschwand. Jetzt konnte Verf. bei verspätetem Katheterismus und maximaler Blasenfüllung den Singultus wie im Experiment auslösen. Er hält die Erklärung Marions, daß es sich um eine Toxinwirkung infolge Stauung handelt, für durchaus wahrscheinlich.

A. Rosenburg-Berlin.

Beiträge zur Frage der operativen Behandlung der Prostatahypertrophie und des Prostatakarzinoms, von Alfred Jungnitz. (Diss., Rostock 1920.) 135 Fälle, die 1901—1918 an der Rostocker chirurgischen Klinik wegen Hypertrophie (97) oder Karzinom (38) der Prostata operativ zur Behandlung kamen. F. Weiler-Leipzig.

Die Technik der Prostatektomie in bezug auf die Mortalität. Bericht von 165 Fällen der perinealen Prostatektomie ohne einen Todesfall (The Technic of Prostatectomy and Its Relation to Mortality: Report of one Hundred and Sixty-Five Consecutive Cases of Perineal Prostatectomy Without a Death), von Hugh Hampton Young-Baltimore. (J. Am. m. Ass., 1922, Nr. 13, S. 933—940.) Auf Grund seiner recht großen Erfahrung auf dem Gebiete der Vorsteherdrüsenoperation kommt Y. zu der Ansicht, daß er der perinealen Operationsmethode gegenüber der suprapubischen den Vorzug gibt, weil erstere ein genau zu übersehendes Operationsfeld bietet, Blutungen leicht zu stillen sind und durch leichtere Ableitung der Wundsekrete die Sepsis vermieden wird. An Hand von zahlreichen, sehr guten Abbildungen schildert Verf. seine Operationsmethode, die es sich zum Ziel gesetzt hat, die Vorsteherdrüse aus ihrer Kapsel herauszuschälen unter möglichster Schonung der Ductus ejaculatorii und des Sphincter int. Dadurch, daß er nur das Drüsengewebe entfernt, die Kapsel aber stehen läßt, will er die Operation nicht Prostatektomie genannt wissen, sondern Adenectomia prostatae. Y. hat mit seiner Methode 165 Fälle ohne einen tödlichen Ausgang operiert. Unter seinen Kranken waren 4 über 80, 49 über 70 Jahre alt. F. Quasig-Hamburg.

Zur Prostatectomia mediana, von J. Oehler-Hannover. (Zbl. f. Chir., 1922, Nr. 16, S. 540.) Verf. hat 7 Fälle von Prostatahypertrophie mit gutem Erfolge operiert, darunter 3 Prostatakarzinome. Nur in einem Falle von schwerster eitriger Zystitis starb Patient, nachdem nach anfangs normaler Temperatur am 14. Tage hohes Fieber aufgetreten war, am 23. Tage post operationem. Als besonders günstigen Umstand betrachtet Verf. die Tatsache, daß bei der Prostatectomia mediana die Drainage direkt im untersten Punkt der Blase angelegt wird. Die Methode ist von Berndt im Jahre 1914 angegeben worden, hat aber bis jetzt zum Bedauern des Verf. noch wenig Anhänger gefunden.

A. Rosenburg-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

In Madrid erscheint seit kurzem unter der Redaktion von Arauz Pallardo und Garcia Casal die neu gegründete Revista Ehrlich (Anales Uro-Dermo-Sifiliográficos). In das Spanische zu übertragende deutsche Manuskripte nimmt Dr. E. Sklarz-Berlin (R.-Virchow-Krankenhaus) entgegen.

Bei Gelegenheit des hundertjährigen Geburtstages von Pasteur wird in Straßburg i. E. vom 25.—27. Juli 1923 ein Kongreß französisch sprechender Dermatologen stattfinden.

Prof. G. v. Illyés wurde zum Direktor der neu begründeten urologischen Klinik ernannt.

Gestorben: Prof. Egon Tomasczewski in Berlin. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

2. Dezember 1922 | Nr. 48 | Band 75

Aus dem Pathologisch-anatomischen Institut Freiburg i. Br.
(Direktor: Geh. Rat. Prof. Dr. Aschoff).

Über entzündliche zystische Schweißporenveränderungen bei scharlachartiger Erkrankung.

Von

Dr. A. M. Schoch,

Assistent der Dermatologischen Universitätsklinik Bern.

Mit einer mehrfarbigen Tafel.

Im pathologischen Institut in Freiburg wurde mir ein Stück Haut zur mikroskopischen Untersuchung übergeben, deren Resultate ich im Folgenden unterbreiten möchte.

Das Material stammt von der Leiche eines 16jährigen Jünglings, dessen Krankengeschichte kurz folgende ist:

Pat. erkrankte mit Schmerzen in den rechtsseitigen geschwollenen und erhitzten Fuß-, Hand- und Ellenbogengelenken, Fieber, hoch frequentem Puls. Die Untersuchung des Herzens ergab daneben normale Verhältnisse. Die Diagnose lautete: akuter Gelenkrheumatismus. Nach einigen Tagen gesellte sich Endo- und Perikarditis dazu, die Gelenkschmerzen wechselten. Nun trat plötzlich, zuerst auf der Brust, später den ganzen Körper ergreifend, ein wie Scharlach aussehendes Exanthem auf; 1 Tag später bildeten sich auf demselben Blasen und am folgenden Tag trat Exitus ein.

$2^1/_2$ Stunden post mortem wurde die Leiche von Herrn Doz. Wätjen eröffnet. Dem Sektionsprotokoll entnehme ich diesen Befund:

Die Leiche ist von grazilem Körperbau, im reduzierten Ernährungszustand, auffallend warm, sogar heiß anzufühlen; die Totenstarre ist eingetreten. Zu beiden Seiten des Rumpfes findet sich an der Haut ein noch eben erkennbares blaßrötliches Exanthem, das sich durch kleine Bläschenbildungen auszeichnet, die in Submiliar- bis fast Hanfkorngröße vorhanden sind. Diese Bläschen enthalten klare Flüssigkeit. — Bauchhöhle: Darm o. B., Leber geschwollen, Anämische Flecke. Pleuraräume: klare Flüssigkeit enthaltend. Perikard: Leichte Fibrinauflagerungen, Milz vergrößert, blutreich, nicht erweicht. Nebennieren lipoidhaltig, Nieren hyperämisch.

Klinische Diagnose: Gelenkrheumatismus, Scharlach oder scharlachähnliche Erkrankung.

Pathologisch-anatomische Diagnose: Endocarditis verrucosa superficialis an der Mitralis, flüssiges Blut im Körper, bläschenförmiges Exanthem am Körper, Milztumor. Bakt. Abstrich und Kultur vom Herzblut o. B.

Das Hautstück, das das Material zu meinen Untersuchungen lieferte, wurde an der Brust zwischen der Mamillar- und Axillarlinie entnommen und sofort ($2^1/_2$ Stunden) nach dem Eintreten des Todes in Formol fixiert.

Ich bettete es in Paraffin ein und benutzte folgende Färbungen: Hämatoxylin-Eosin, Methylenblau, Oxydase, Ziehl, Gram, Weigert, van Gieson, Elastika, Heidenhains Azokarmin-Phosphorwolframsäure-Mallory und Plasmazellenfärbung.

Digitized by Google

Bei Betrachtung des Hämatoxylin-Eosin-Präparates mit schwacher Vergrößerung zeigt das Gewebstück folgendes Bild (Abbildung 1):

Die Epidermis ist in ziemlich zahlreiche größere und kleinere Falten gelegt, mit hier und da auch etwas tieferen Einbuchtungen. Die Betrachtung in der Hornschicht zeigt im großen und ganzen ein ungefähr normales Bild. Es findet sich eine schmale, bisweilen auf kleine Strecken abgehobene Hornschicht, welche im übrigen keine auffallenden phatologischen Veränderungen aufweist; höchstens ist an vereinzelten Stellen eine geringgradige Verdickung, welche in der Regel kleinen Eindellungen der Stachelzellschicht entsprechen, zu sehen. Diese Verdickungen zeichnen sich meistens durch stärkere Färbbarkeit mit Hämalaun aus. Das Stratum spinosum zeigt im allgemeinen keine in die Augen springenden Veränderungen, hingegen finden sich in dieser Schicht und in das Stratum granulosum eingelagert nicht selten bläschenförmige Hohlräume, welche die betreffenden Schichten bis auf das ein- bis mehrfache ihrer Dicke auseinander drängen. An diesen Stellen fällt schon bei dieser Vergrößerung ein vermehrter oder verminderter Zellreichtum auf. Das Stratum germinativum ist nach dem Korium zu scharf begrenzt und zeigt deutlich gelbliche Pigmentation, welche jedoch im Bereich der Norm liegt. Das Korium zeigt besonders in den der Epidermis benachbarten Teilen nicht selten fleck- und streifenförmige Zellansammlungen; einzelne derselben finden sich auch in den tieferen Schichten neben ziemlich zahlreichen Schweiß- und Talgdrüsen und vereinzelten schräg und quer getroffenen Haarbälgen.

Bei starker Vergrößerung zeigt die Hornschicht fast überall dieselbe Dicke und eine Zusammensetzung aus schmalen kernlosen Hornlamellen, nach dem Stratum spinosum hin eine Schicht von ziemlich reichlichen Keratohyalinkörnern. Die einzelnen Stellen der Hornschicht, welche schon bei schwacher Vergrößerung als deutlich verdickt erscheinen, zeichnen sich auch bei starker Vergrößerung aus durch eine bedeutende Mehraufnahme von Hämalaun. Die Hornlamellen erscheinen hier eher dicker als an den übrigen Stellen. Gegen die Tiefe hin dringen diese Verhornungen vielfach zapfenförmig bis in die Nähe der Basalzellenschicht vor. Hier finden sich dann alle möglichen Übergänge der Verhornung vor, insbesondere auch ziemlich zahlreiche Keratohyalinkörner, des weiteren ab und zu kleine Spaltbildungen. An einzelnen derartigen Stellen finden sich perlenartige Bildungen, mit konzentrischer Hornlamellenbildung an der Peripherie, deutlichen Kernbildungen nach der Mitte und ziemlich zahlreichen Keratohyalinschichten nach dem Stratum spinosum hin. Die davon ganz unabhängigen bläschenförmigen Auflockerungen, welche in der Stachelzellschicht und Basalzellschicht eingelagert sind, weisen recht verschiedene Größe und Ausdehnung auf. Man findet als erstes Zeichen ihrer Bildung bisweilen nur einen auffälligen Kernschwund und Aufhebung der Zellgrenzen. Die noch erhaltenen Kerne sind meistens stärker gefärbt, scheinen mehr oder weniger stark geschrumpft und zeigen bizarre Formen. Im übrigen sieht man um die noch erhaltenen Kerne herum eine ziemlich homogene, ab und zu freilich leicht schollige, mit Eosin rötlich gefärbte nekrotische Masse. Leukozyten lassen sich jedoch nicht feststellen, ebensowenig kleinzellige Infiltration. Die kleinsten Herde

Digitized by Google

sind nur kleine Spalten, welche das Stratum granulosum und spinosum auseinanderdrängen, die benachbarten Zellen erscheinen meistens kleiner als normal, ihre Kerne ebenfalls stärker gefärbt, und das Protoplasma zeigt alle Übergänge in die schon erwähnte homogene Masse, so daß man also alle möglichen Zwischenstadien von der Einschmelzung bis zur Nekrose vor sich hat. Demgegenüber finden sich nun Bläschen, welche die Epidermis in ganzer Ausdehnung einnehmen, und sich zum Teil noch in das Korium vorwölben. Die Basalzellen sind hier zum Teil durch anscheinend sehr bedeutenden Druck stark abgeplattet, ab und zu fast endothelartig. Der Inhalt dieser Bläschen besteht nun vor allem aus zahlreichen polymorphkernigen neutrophilen Leukozyten, hin und wieder vereinzelten Lymphozyten (siehe Abbildung 2). Außerdem liegen dazwischen desquamierte Epithelien, zum Teil mit feiner Keratohyalinpunktierung, zum Teil mit kaum erkennbaren Kernen und leicht rötlich gefärbtem Protoplasma, ferner aber auch nekrotischem Material ohne deutliche Struktur. Durch die Bläschen hindurch ziehen nicht selten schmale Züge von abgestorbenen Zellen. Sicheres Fibrin wurde mit der Weigertschen Methode nicht nachgewiesen, wohl aber fanden sich ganz vereinzelt im Heidenhainschen Präparat hellblau gefärbte, fädige, wohl eiweißartige Niederschläge; nach dem normalen Epithel hin finden sich auch hier alle möglichen Übergänge von Zellen mit kaum erkennbarer Struktur mit hellen geschwollenen Kernen und in Zerfall begriffenem rötlich gefärbtem Zelleib; dann wieder längliche spindelförmige Zellen, welche öfters durch eingelagerte Rundzellen auseinandergedrängt sind, schließlich auch Zellen von ziemlich normalem Aussehen, mit Übergängen zum Zerfall. Zwischen diesen beiden Extremen der beginnenden und fertigen Bläschenbildung zeigen sich alle möglichen Stadien, sowohl in Größe, wie auch in Leukozyteninfiltration und Zelldesquamation. Die übrige Epidermis weist im allgemeinen keine auffallenden Veränderungen auf, insbesondere keine entzündliche Infiltration. Die Basalzellenschicht ist ziemlich stark pigmentiert, die Pigmentation geht bisweilen bis ziemlich weit nach dem Stratum spinosum hin, jedoch noch im Bereich des Normalen. Als weiteres auffälliges Merkmal — am deutlichsten im Kresylpräparat — ist zu erwähnen, daß das Protoplasma der Basalzellen besonders nach dem Korium hin aufgehellt und aufgelockert erscheint und mit zahlreichen, unscharf begrenzten, kleineren und größeren, hier und da fast kokkenähnlichen, krümeligen Gebilden durchsetzt ist (Abbildung 3). Gelegentlich sieht es so aus, als wenn diese bröckeligen Einlagerungen auch in den Zellen des Stratum spinosum vorkämen; im wesentlichen ist jedoch die Veränderung auf die Basalzellschicht beschränkt. Auffällig ist, daß diese Gebilde durch alle Kernfärbungen sich darstellen lassen, nicht aber durch Protoplasmafärbungen. Die Dicke der körnig-bröckeligen Einlagerungen wechselt etwas an den verschiedenen Stellen des Retesystems. Ausdrücklich sei bemerkt, daß diese färbbaren Einlagerungen schon ihrer intranukleären Lage nach, aber auch in bezug auf Größe, Färbung usw. mit den supranukleären Pigmentkörnchen nichts zu tun haben. Gelegentlich sieht es so aus, als wenn diese schollig-bröckeligen Einlagerungen auch frei in der angrenzenden Kutis lägen bzw. in den bindegewebigen Zellelementen derselben. Da die Wirkung von Schrägschnitten nicht

Digitized by Google

ganz auszuschließen ist, so wage ich über diesen Punkt eine sichere Entscheidung nicht zu fällen. Da, wo diese Einlagerungen festzustellen sind, finden sie sich nach dem Korium hin am zahlreichsten. Dasselbe zeigt, wie schon erwähnt, Rundzelleninfiltrate, und zwar vorwiegend im Stratum papillare und subpapillare. Diese Infiltrate sind stellenweise ziemlich diffus, an anderen Stellen mehr herdförmig, am ausgesprochensten in der Nähe der erwähnten Bläschen, in geringem Maße aber auch an den übrigen Stellen, überall mit Vorliebe perivaskulär. Im großen und ganzen aber sind diese reaktiven Erscheinungen gering, so daß man nur von einer leichten Dermatitis sprechen kann. Ihrer näheren Zusammensetzung nach handelt es sich um Leukozyten, Lymphozyten und vereinzelte Mastzellen; Plasmazellen sind keine zu finden. Der Papillarkörper ist überdies stellenweise leicht ödematös aufgelockert, die Endothelien und Fibroblasten sind deutlich schaumig gequollen. Die tieferen Schichten des Korium zeigen nichts Besonderes, Schweiß- und Talgdrüsen sind normal und reaktionslos, die Kapillaren nicht vermehrt.

Die wichtigste Frage, ob diese entzündlichen Bläschenbildungen (Epidermitis vesiculosa) irgend welche gesetzmäßigen Beziehungen zu bestimmten Hautgebilden aufweisen, ließ sich an Stufen- und Serienschnitten dahin beantworten, daß es sich bei allen diesen Bläschenbildungen um die Ausführungsgebiete der Schweißdrüsen handelte, ohne daß an den Schweißdrüsenkörpern oder Ausführungsgängen besondere entzündliche Veränderungen zu sehen gewesen wären. Eine sekundäre Verschmelzung der Zysten mit den Schweißdrüsenausführungsgängen, wie es nach Unna gelegentlich bei der Miliaria rubra vorkommen soll, war hier nicht anzunehmen.

Um was für eine Affektion handelt es sich nun? Eine einfache Kristallinea liegt nicht vor. Hier handelt es sich nach Unna und Török um rein seröse, innerhalb der Hornschicht gelegene Zystenbildungen. Eine gewisse Ähnlichkeit besteht dagegen mit der von Unna gegebenen Schilderung der „Prickley heat", deren Beziehungen zu den Schweißporen sicher gestellt sind. Unna beruft sich auf die Beschreibung von Pollitzer und gibt sie sehr genau wieder. Die Erweiterungen der Stachelzellschicht, die Leukozytenanhäufungen, die feinkörnig-fädigen Massen, alles das findet sich auch in unseren Präparaten. (Pollitzers Arbeit ist nicht zitiert, so daß ich sie im Original nicht nachlesen konnte.) Wenn aber Pollitzer die Veränderung bei „Prickley heat" nicht als entzündliche erklärt, so müssen für die Veränderungen bei unserem Falle von Scharlach oder scharlachähnlicher Erkrankung auf Grund der Oxydasereaktion die Veränderungen zweifellos als entzündliche angesehen werden, da auch im Papillarkörper in der Umgebung der Zysten reichliche Leukozyten vorhanden waren.

Es handelt sich also um entzündliche Bläschenbildungen an den Ausführungsstellen der Schweißdrüsen, um eine „Epidermitis cystica sudoporica".

Wodurch sie bedingt ist, ist schwer zu sagen. Einmal müssen durch die den „Scharlach" begleitenden Hautveränderungen die Schweißporen mehr oder weniger verengt worden sein. Andererseits muß der retinierte Schweiß ein Toxin oder ein Virus enthalten, welche die Leukozyteinein-

Digitized by Google

wanderung bedingt. Vielleicht kann auch eine stärkere Lokalisation des Virus an den Schweißporen allein die Veränderungen auslösen, ohne daß eine primäre Schweißretention nötig wäre.

Was für ein Virus kommt jetzt in Betracht? Ich habe alle möglichen Bakterienfärbungen versucht, ohne daß mir der Nachweis eines Mikroorganismus gelungen wäre. Ich glaube also nicht, daß eine Infektion mit einem gewöhnlichen visiblen Virus vorliegt. Auch konnte ich von protozoenähnlichen Gebilden nichts finden. Ich muß die Frage nach den ursächlichen Giften oder Erregern offen lassen.

Finden sich nun in der Literatur irgend welche ähnliche Angaben über solche Veränderungen bei Scharlach? Ich habe nur Folgendes gefunden.

Nach Neumann besteht die wesentlichste Veränderung in einer Schwellung der Retezellen, zwischen denen sich stellenweise Lücken und Spalten bilden, die dann von Exsudatzellen ausgefüllt werden. Daneben finden sich große Exsudatzellherde, die fast vollständig die Stelle der Epidermis einnehmen.

Demgegenüber findet Unna als Hauptveränderung der Scharlachhaut ein außerordentlich starke Parakeratose, hervorgerufen durch ein nachträgliches neurogen-toxisches Ödem der gesamten Oberhaut. Die Schwellung der Haut beruht auf einer Gefäßhyperämie des Koriums; im Epithel finden sich spärlich Leukozyten, fast keine Mitosen, die interepithelialen Saftspalten sind nicht erweitert.

Hlava untersuchte sieben vom Lebenden exzidierte Hautstückchen vor Ausbruch des Exanthems und fand im Stratum papillare des Koriums die Lymphspalten erweitert und deren Endothelzellen vergrößert. Im Rete Malpighi, vornehmlich in der Stachelzellschicht war starke Ödembildung, Auflockerung der Zellgrenzen, Homogenisierung, Karyolysis und Karyorhexis vorhanden, was zur Bildung mikroskopischer Bläschen führte. In diese Verflüssigungsherde wanderten spärlich Leukozyten ein. Saß nun ein solcher Herd in den obersten Lagen der Stachelzellschicht, so wurde dadurch die Hornschicht vorgestülpt, es bildeten sich Bläschen, die dann makroskopisch als Friesel imponierten. An Leichenmaterial fiel Hlava eine starke Hyperämie des Koriums, Infiltration der Gefäße mit vorwiegend großen mononukleären Zellen auf, so daß er aus seinen Untersuchungen auf einen entzündlichen Vorgang schloß.

Aus dieser kurzen Übersicht ergibt sich, daß diese Veränderungen im ganzen als etwas Seltenes bei Scharlach anzusehen sind. Ob bei anderen Krankheiten, die mit scharlachähnlichem Exanthem einhergehen, ähnliche Befunde erhoben worden sind, konnte ich bei der naturgemäßen Zerstreutheit solcher Mitteilungen nicht feststellen.

Noch ein Wort zu den intrazellulären körnig-krümeligen Einlagerungen der basalen Zellen der Epidermis (Abbildung 3). Da mir kein größeres Vergleichsmaterial an Hautkrankheiten zur Verfügung stand, konnte ich nicht feststellen, wieweit es sich um ganz unspezifische, bei allen möglichen Hautreizungen vorkommende, wieweit um spezifische Veränderungen handelte. An dem gewöhnlichen Leichenmaterial, wie es ein pathologisches Institut aufweist, habe ich die Veränderungen bei einer allerdings beschränkten Zahl von Untersuchungen nicht gefunden. Syste-

Digitized by Google

matische Untersuchungen hoffe ich am Material einer Hautklinik auszuführen. Jedenfalls haben diese Veränderungen aber nichts mit den von Duval, Field, Gamaleia, Mallory (Cyclaster scarlatinalis) u. a. beschriebenen eigenartigen Einschlüssen zu tun, denn diese Einschlüsse kommen nach den Autoren und nach den Arbeiten zu urteilen, nicht nur in den Basalzellen, sondern vor allem auch in der Stachelzellenschicht vor, während die hier erhobenen Zellbefunde sich anscheinend speziell auf die Basalzellenschicht lokalisieren.

Literatur.

Bernhardt, Experimentelle Untersuchungen über die Scharlach-Ätiologie. D. m. W., 1911, Bd. 1. — Döhle, Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach. Zbl. f. Bakt., 1911, Bd. 61 und 1912, Bd. 65. — Duval, Protozoen des Scharlachfiebers. Virch. Arch., 1904, Bd. 179. — Field, On the Presence of Certain Bodies in the Skin and Blister Fluid from Scarlet Fever and Measles. The Journ. of exper. med., Bd. 6. — Gamaleia, Über den Scharlacherreger. B. kl. W., 1908, Bd. 45. — Hlava, Über die Scharlachhaut. Bull. Intern. de l'Academié des sciences de Böhème, 1909, Bd. 14. — von Höfer, Über intrazelluläre Einschlußkörper bei Skarlatina. D. m. W., 1908, Bd. 45. — Jamieson und Edington, Observation on a method of prophylaxis and an investigation into the nature of the contagium of scarlet fever. Brit. m. J., 1887, Nr. 1380. — Jesionek, Biologie der gesunden und kranken Haut. — Klein, The Etiology of scarlet fever. Proc. Royal Soc., Bd. 42. — Kolle-Hetsch, Bd. 2. — Kolle-Wassermann, Bd. 3. — Mallory, Scarlet fever, Protozoonlike bodies found in four cases. The Journ. of med. research., Bd. 10, Nr. 4. — Neumann, Histologische Veränderungen der Haut bei Morbillen und Skarlatina. W. m. Jahrb., 1882. — Orth, Pathologische Anatomie, Bd. 4, Unna. — Prowazek, Chlamydozoen. Arch. f. Protistenk., 1907, Bd. 10. — Rémy, Déscription-histologique de la peau d'un enfant scarlatineux. Progrès med., 1880, Bd. 47. — Schrumpf, Über die als Protozoen beschriebenen Zelleinschlüsse bei Variola. Virch. Arch., Bd. 179. — Török, Sudamen und Miliaria. Mschr. f. pr. Derm., 1891, Bd. 13.

Der chemische Aufbau des Gonokokkus[1]).

Von

Dr. Josef Schumacher in Berlin.

Die Ausführungen von Buschke und Harry (D. m. W., 1922, Nr. 32) geben mir Veranlassung, schon jetzt hier kurz die Ergebnisse meiner seit 1916 durchgeführten Untersuchungen über den chemischen Aufbau des Gonokokkus bekannt zu geben, zumal ich aus äußeren Gründen nicht in der Lage bin, vor Ablauf einiger Monate eine ausführliche Publikation über diesen Gegenstand erscheinen zu lassen.

Histochemische Untersuchungen.

Als ich mich seinerzeit über den chemischen Aufbau des Gonokokkus zu unterrichten versuchte, galt es zunächst die Frage zu entscheiden, ob am Aufbau dieses Krankheitserregers außer wahrscheinlich vorhandenen genuinen Eiweißkörpern auch wasserlösliche Produkte beteiligt seien, hatte doch Unna (1) bereits in vielen tierischen Zellen solche Stoffe gefunden (Granoplasma), die wir ihren Reaktionen nach zu den Albumosen

[1]) Teilweise bereits publiziert in der Berl. Derm. Ges., Januar 1922.

Digitized by Google

Digitized by Google

Fig. 1

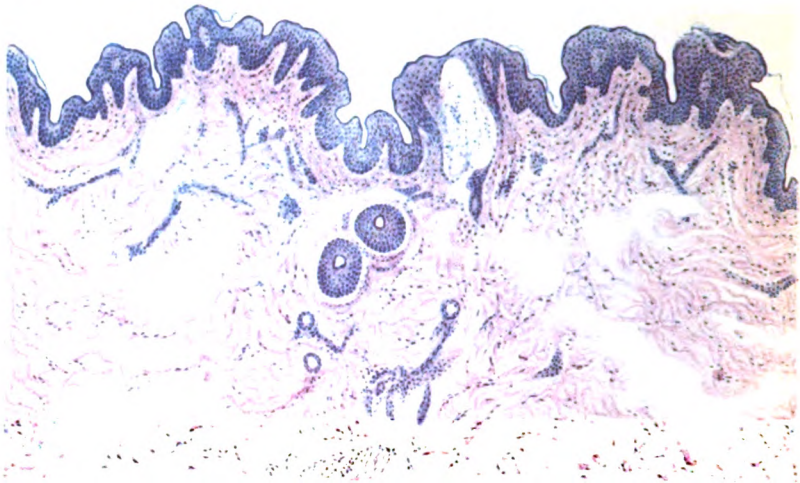
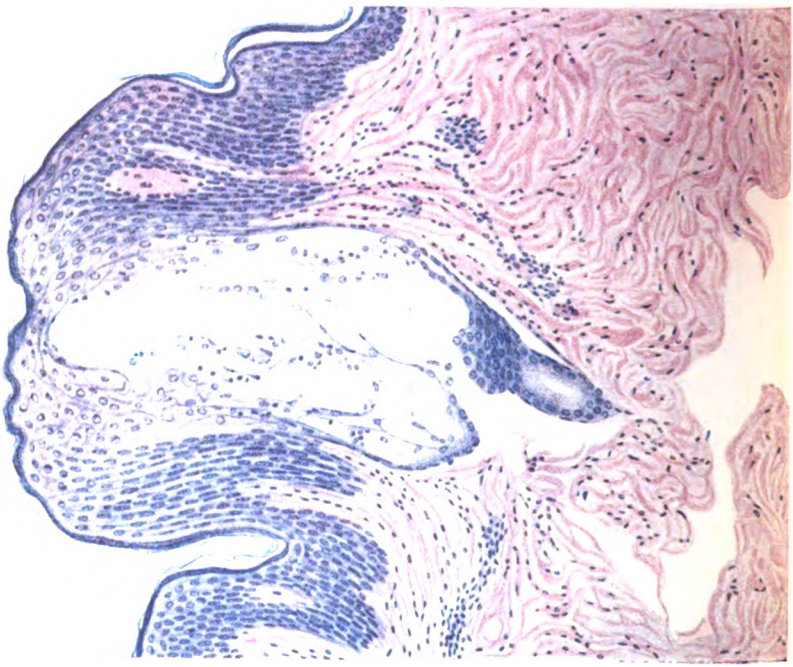


Fig. 2



Digitized by Google

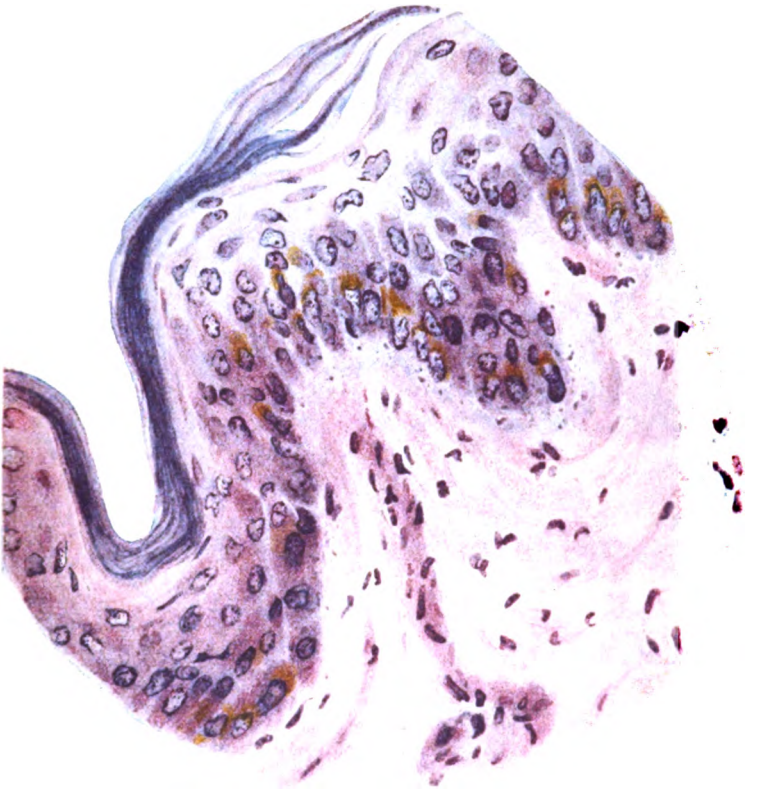


Fig. 3

Verlag von Leopold Voss, Leipzig

Digitized by Google

Digitized by Google

(Zytose) rechnen müssen, und konnte ich fernerhin in vielen pflanzlichen Zellen (Bakterien) solche wasserlösliche Substanzen nachweisen, u. a. das schon von A. Meyer beschriebene Volutin, dessen Wasserlöslichkeit schon bekannt war und das später von mir chemisch als aus freier Nukleinsäure bestehend erkannt wurde (3,2). Diese Frage konnte ein einfaches Aufkochen gonokokkenhaltiger Eiterausstriche möglicherweise entscheiden. So behandelt, färbten sich die Gonokokken mit den gewöhnlichen basischen Farben (Methylenblau, Pyronin) nicht mehr (4), ein Befund, der unabhängig von mir, auch von Unna fast gleichzeitig erhoben wurde (briefliche Mitteilung vom 29. 7. 1917). Zweierlei konnte eingetreten sein. Einmal konnte durch die Einwirkung des Wassers bei 100° tatsächlich ein wasserlöslicher saurer Eiweißkörper in Lösung gegangen sein, dafür sprach die jetzt negativ verlaufende Methylenblaufärbung, oder es konnte sich um eine chemische Veränderung eines vorhandenen Eiweißkörpers handeln, derart, daß die Einwirkung der Hitze zur Folge hatte, daß eine saure Substanz abgespalten und ebenfalls in Lösung gegangen war. Beides war eingetreten, wie gleich zu ersehen ist.

Zwei große Schwierigkeiten stellten sich der weiteren Aufklärung längere Zeit entgegen. Einmal konnte durch die Albargin-Pyrogallolmethode (5) und andere Nukleinsäurereagentien die Anwesenheit von Nukleinsäure in den Gonokokken nachgewiesen werden. Da wir wissen, daß Nukleinsäure sich in kochendem Wasser löst und nach dieser Behandlung auch in den Gonokokken keine Nukleinsäure mehr nachzuweisen war, so machte die Unterscheidung, ob es sich bei dem durch die Hitze in Lösung gegangenen Körper um freie Nukleinsäure oder um einen wasserlöslichen Eiweiskörper, etwa eine Albumose handelte, große Schwierigkeiten, obgleich man erwarten sollte, daß zwei chemisch so differente Körper eigentlich leicht zu unterscheiden wären. Beide haben aber einige Reaktionen gemeinsam. Diese Verhältnisse erfuhren erst eine weitere Aufklärung, als es mir einige Jahre später gelang, färberisch freie von gebundener Nukleinsäure durch die Methylenblau-Phosphinmethode zu unterscheiden. Freie Nukleinsäure war hiernach im Gonokokkus auszuschließen. Gegen ein vorliegendes Nukleoalbumin sprachen makrochemische Befunde. Saure Lipoide waren ebenfalls auszuschließen. Es mußte daher ein Nukleoproteid vorliegen und ein genuiner Eiweißkörper am Aufbau des Gonokokkenkerns beteiligt sein. Weitere Reaktionen: Fällbarkeit der Kernsubstanz durch Alkohol, Essigsäure, Mineralsäuren usw., sowie die Tatsache, daß nach dieser Vorbehandlung die Kochprobe nicht mehr alle sauren Eiweiße aus dem Gonokokkus verschwinden ließ, stellten die Anwesenheit eines genuinen Eiweißkörpers sicher. Nun ergab sich die zweite Schwierigkeit. Aus allen bekannten Nukleoproteiden läßt sich aber durch einfaches Aufkochen die Nukleinsäure nicht restlos entfernen; erst Kochen mit verdünnten Mineralsäuren oder Behandlung mit konzentrierten Säuren in der Kälte führen zu einer Hydrolyse des Nukleoproteidmoleküls. Daß diese in der Makrochemie bekannte Tatsache auch für die in der Zelle noch vorhandenen Nukleoproteide zutrifft, konnte ich andern Orts (6,2) beweisen. Nach der Entfernung der Nukleinsäure aus den Zellen durch Hydrolyse mit verdünnten Säuren versagen sowohl die Nukleinsäurereagentien als auch die basischen Farben bei der Zellfärbung.

Digitized by Google

Da andererseits im Gonokokkus ein Nukleoproteid nachgewiesen war und durch weiter unten noch zu erörternde Reaktionen sichergestellt werden konnte, andererseits die Nukleinsäure aber durch einfaches Aufkochen aus diesem zu entfernen war, mußte beim Gonokokkennukleoproteid die Hydrolyse bereits in der Siedehitze eingetreten sein, denn anderenfalls hätte Methylenblau die Kernsubstanzen des Gonokokkus auch nach dem Aufkochen noch tingieren müssen. Damit wurden die Verhältnisse bereits wesentlich klarer. Daß auch andere Bakteriennukleoproteide durch die Siedehitze bereits teilweise hydrolysiert werden, beweist der von mir geführte Nachweis von Nukleinsäurebruchstücken in den durch Pukallfilter erhaltenen Filtraten aus in Wasser suspendierten und im Wasserbad gekochten Bakterien (5).

Es schien nach dem Vorangegangenen im wesentlichen ein genuiner Eiweißkörper, ein Nukleoproteid am Aufbau des Gonokokkus beteiligt zu sein, da wir freie Nukleinsäure bereits oben ausschließen konnten, des weiteren wahrscheinlich eine Albumose. Dafür, daß außer dem Nukleoproteid noch ein zweiter Eiweißkörper bei dem Aufbau des Gonokokkus in Frage kam, sprach allein schon die Tatsache, daß die Gonokokken eines und desselben Eiterausstriches sich dem gleichen Reagenz gegenüber oft verschieden verhalten. Beispielsweise färben sich in Eiterausstrichen, die über Nacht in destilliertem Wasser standen, die Gonokokken teilweise tiefblau mit Methylenblau, teilweise nur blaßblau, was auf eine verschiedene chemische Zusammensetzung der einzelnen Exemplare hindeutet. Für das Vorliegen einer Albumose sprach außer der Wasserlöslichkeit auch das gleich zu erörternde Verhalten der Gonokokken zu verdünnten Mineralsäuren.

Nun ergab sich folgendes. Mit der Nukleinsäure darstellenden Albargin- oder Silbernitrat-Pyrogallolmethode sind die Gonokokken, besonders nach kurzer Vorbehandlung mit verdünnter Essigsäure als tiefbraun bis braunschwarz gefärbte Pünktchen darstellbar. Zweierlei fiel auf, einmal die außerordentliche Kleinheit des erhaltenen Gonokokkenbildes, des weiteren die Tatsache, daß nicht jeder Kokkus Gononukleinsäure enthält. Auch dieses Verhalten spricht für einen verschiedenen chemischen Aufbau der einzelnen Exemplare. Auch in den bekannten typischen Kaffeebohnenformen findet man gar nicht zu selten nur die eine Hälfte tiefbraun tingiert, die andere quasi leer, nur blaßgelb gefärbt. Die außerordentliche Kleinheit der Gonokokken bei dieser Darstellungsmethode deutete darauf hin, daß hiermit unmöglich der ganze Gonokokkus dargestellt war, Vermutungen, die subjektiver Natur sein konnten, aber sowohl unter Zuhilfenahme von Farbstoffen als auch durch mikrophotogrammetrische Messungen sichergestellt wurden. Weiter sprach für die Tatsache, daß bei der Albargin-Pyrogallolmethode nicht der ganze Gonokokkus gefärbt war, die Beobachtung, daß derselbe Gonokokkus, der durch eine Methylenblaufärbung in toto gefärbt wird, bei entsprechender Behandlung mit Phosphin oder p-Aminophenol außerordentlich klein erscheint, ungefähr in derselben Größe wie bei der Albargin-Pyrogallolmethode.

Das deutete mit absoluter Sicherheit darauf hin, daß eine uns bis jetzt nicht näher bekannte Substanz x außer den Kernsubstanzen in den Gonokokken enthalten war, die durch Albargin-Pyrogallol, Phosphin und

Digitized by Google

p-Aminophenol färberisch nicht zur Darstellung zu bringen war, wohl aber bei der Färbung mit Methylenblau oder Pyronin, aus welchem Grunde der Gonokokkus bei diesen Färbungen größer erscheinen mußte als bei den zuerst genannten Methoden.

Die weiteren Überlegungen führten dahin, daß diese Substanz x wahrscheinlich die bereits oben supponierte Albumose sein mußte. Konnten wir diese Substanz auf irgend eine Weise aus den Gonokokkenleibern entfernen unter Erhaltung der Kernsubstanzen, so mußte alsdann auch eine Methylenblau- und Pyroninfärbung voraussichtlich jetzt den Gonokokkus ebenso klein erscheinen lassen, als wie dies bei der Albargin-Pyrogallol-, der Phosphin- und p-Aminophenolmethode der Fall war. Nun gibt es bekanntlich kein geeigneteres Mittel, um einen genuinen Eiweißkörper, hier das Gonokokkennukleoproteid, zu fällen und gleichzeitig eine vorhandene Albumose zu lösen als verdünnte Salpetersäure, die Albumosen zwar ebenfalls fällt, die Fällung aber bekanntlich im Überschuß der Säure wieder löslich ist. Und beim Einstellen eines Gonorrhoeeiterpräparates in verdünnte Salpetersäure befindet sich selbstverständlich das Lösungsmittel gegenüber den winzigen Eiweißmengen im Gonokokkus im Überschuß. Und diese Überlegungen führten auch zum Ziel. In Präparaten, die einige Stunden in 2%iger Salpetersäure standen, färben sich nach dem Abspülen die Gonokokken mit Methylenblau oder Pyronin jetzt ebenso klein wie mit den oben erwähnten Methoden. Die Substanz x war also offenbar in Lösung gegangen und mußte auch noch weiteren Reaktionen nach zu urteilen eine Albumose sein, während Peptone auszuschließen waren.

Nach diesen Ausführungen mußte es voraussichtlich auch möglich sein, beide Substanzen nebeneinander färberisch zur Darstellung zu bringen. Das ist der Fall. Das hier zu lösende Problem war folgendes. Die Kernsubstanzen des Gonokokkus mußten mit der Albargin-Pyrogallolmethode dargestellt werden. Jetzt mußte aber ein basischer Farbstoff zur Anwendung kommen, der nur die saure Albumose des Gonokokkus färbte, nicht gleichzeitig aber auch die Leukozytenkerne, da sonst ganz erheblich die Übersicht leiden würde bei der Kleinheit des Objektes. Das gelingt durch Nachbehandeln mit einer sehr verdünnten Pappenheim-Unnaschen Lösung. Die Gonokokken erscheinen dann leuchtend rot in voller Größe, weniger deutlich als wie erwartet, sind dabei aber gleichzeitig die braungefärbten Gonokokkenkerne zu sehen, da sie sich ebenfalls teilweise mittingieren. Einfache Entfärbung der Gonokokkenalbumose aber durch Alkohol oder durch Aufkochen (wobei aber jetzt nur Entfärbung und keine Lösung mehr eintritt) hinterher zeigt alsdann nach wie vor die braunen Kerne in den jetzt wieder verkleinert aussehenden Gonokokken, da die Silberfärbung weder durch die vorgenommene Alkoholbehandlung entfernt wird, noch durch das nachherige Aufkochen nennenswert leidet. War bei dieser kombinierten Albargin-Pyrogallol-Pappenheim-Unna-Färbung wirklich die Albumose des Gonokokkus, das Gonoplasma, gefärbt, so mußte ein anderes Präparat mit dieser Methode gefärbt nicht mehr die Albumose rot gefärbt zeigen, wenn es vorher durch Einstellen in verdünntea Salpetersäure dieser beraubt worden war. Das ist der Fall. Es sind nur die Gonokokkenkerne als feine braune Pünktchen zu er-

Digitized by Google

kennen. Jedwede Rotfärbung fehlt und müßte jetzt nach der Säurebehandlung erfahrungsgemäß ganz besonders intensiv hervortreten, wenn das Gonoplasma nicht gelöst, sondern nur chemisch irgendwie verändert worden wäre.

Auch nach der Pepsin-HCl-Verdauung bleiben nur die Gonokokkenkernsubstanzen zurück. Über weitere Fällungs- und Lösungsreaktionen des Gonoplasmas ebenfalls später. Die Existenz des Nukleoproteids in den Gonokokken ist weiterhin durch seinen synthetischen Aufbau mit Hilfe von Nukleinsäure in hydrolysierten Gonokokken sichergestellt.

Daraus ergibt sich folgendes. Der Gonokokkus wird im wesentlichen von 3 Substanzen aufgebaut:

1. von der basischen Gonokokkengrundsubstanz, darstellbar nach dem Aufkochen des Gonokokkus mit Erythrosin und anderen sauren Farben, wobei die Gonokokken in voller Größe erscheinen.

2. Von der sauren Kernsubstanz. Diese besteht ihrerseits wieder aus der sauren Komponente, der Gononukleinsäure, nachweisbar mit Albargin-Pyrogallol, Phosphin, p-Aminophenol und mit basischen Farben, mit letzteren aber erst nach Entfernung des Gonoplasmas durch verdünnte Mineralsäuren, und dem basischen Gonokokkenkerneiweiß, darstellbar mit Hämatoxylin und ebenfalls mit sauren Farben an albumosefreien Exemplaren aus Kulturen, wobei sich das basische Kerneiweiß sowohl anatomisch als auch durch stärkere Tinktion von der basischen Grundsubstanz abhebt.

3. Von dem Gonoplasma, einer Albumose, darstellbar zusammen mit den sauren Kernsubstanzen bei der Behandlung mit allen basischen Farben außer Phosphin, entfernbar durch verdünnte Salpetersäure bei Erhaltenbleiben der Kernsubstanz.

Makrochemische Untersuchungen.

Die makrochemische Analyse hatte die Aufgabe, den histochemisch nachgewiesenen Nukleinsäuregehalt der Gonokokken weiterhin sicherzustellen. Vannod (7) hat zwar mit den Methoden von Lustig und Galeotti zur Herstellung von Bakteriennukleoproteiden bereits einen Eiweißkörper aus Gonokokken hergestellt, den er als ein Gonokokkennukleoproteid bezeichnet, das er seiner klinischen Wirkung nach zweifelsohne auch sein dürfte, doch hat er eine chemische Untersuchung dieses Körpers nicht vorgenommen. Zu meinen Untersuchungen standen mir mehrere wäßrige Gonokokkensuspensionen à 100 ccm zur Verfügung, von denen jede im ccm 30000 Millionen Keime enthielt. Die Flüssigkeiten waren stark milchig getrübt und wurden mir in den Jahren 1915 und 1916 zum größten Teil von den Höchster Farbwerken gütigst überlassen, denen ich auch hier für ihre Unterstützung nochmals meinen Dank aussprechen möchte.

Auch hier sei nur kurz auf die Ergebnisse eingegangen. Die gewaschenen Gonokokken ergaben stets positive Lassaignesche Probe, waren also stickstoffhaltig. Ihre Asche enthielt stets reichlich Phosphorsäure, auch Spuren organisch gebundenen Eisens wurden nachgewiesen. Das stark eingeengte, durch Pukallfilter erhaltene Filtrat in der üblichen Weise mit Mineralsäure hydrolysierter Gonokokken gab Trübung, nach einiger Zeit Niederschlag mit ammoniakalischer Silbernitratlösung, erwies

Digitized by Google

sich als stark phosphorsäurehaltig und gab positive Reaktion mit Orzin- und Phlorogluzin-Salzsäure. Eingehender noch wurden die Desinfektionsfiltrate mit Silbernitrat untersucht, in denen wir nach meinen Untersuchungen (5) ebenfalls Nukleinsäurebruchstücke erwarten dürfen, da die bei der Umsetzung der Schwermetallsalze mit den Zellen auftretende freie Mineralsäure hydrolysierend auf das Nukleinsäuremolekül wirkt. Es wurden hierbei zu 100 ccm Gonokokkensuspension stets die gleiche Menge 5% iger Silbernitratlösung gegeben. Wie in den entsprechenden Versuchen mit Hefe (5) entstanden im Filtrat Niederschläge mit Ammoniak und mit Barytwasser im Filtrat des Ammoniakniederschlags. Das vom Silber durch H_2S befreite und stark eingeengte Pukallfiltrat war stark phosphorsäurehaltig. Ammoniak. Silbernitratlösung erzeugte schwache gallertig-flockige Fällung unter teilweiser Verfärbung der Flüssigkeit (Reduktion). Positive Orzinprobe und kirschrote Verfärbung beim Kochen mit Phlorogluzin und HCl. Nach Hydrolyse des Filtrats wird verdünnte FEHLINGsche Lösung reduziert, ebenso wie das bei der entsprechenden Verarbeitung eines Hefedesinfektionsfiltrates in hohem Grade bereits bei konzentrierter FEHLINGscher Lösung der Fall war. Der silberfrei gewaschene Gonokokkenrückstand war stark silberhaltig und gab den größten Teil seines Silbergehaltes beim Schütteln mit physiologischer Kochsalzlösung an diese ab.

In weiteren Versuchen wurde das aus 200 ccm Gonokokkensuspension und der gleichen Menge 5% iger $AgNO_3$-Lösung erhaltene, vom Silber durch H_2S befreite und auf 15 ccm eingeengte Desinfektionsfiltrat nach KUTSCHER untersucht. Die Silbernitratlösung ergab weißlich-gelbe Trübung, am nächsten Tag als gelbrötlicher Niederschlag am Boden des Reagenzglases sitzend. Mit warmer verdünnter Salpetersäure abgeschwemmt und gelöst, entsilbert und mit NH_3 versetzt gab das Filtrat keine Fällung, wohl aber bei Zusatz von Silbernitratlösung sehr geringe gallertig flockige Fällung, die sich im Gegensatz zu gleich zu besprechenden Fällungen als unlöslich im Überschuß des Ammoniaks erwies.

Das von dem oben erhaltenen Silbernitratniederschlag ablaufende Filtrat gab mit Baryumhydroxyd weitere Fällung. Diese gibt, in verdünnter Schwefelsäure gelöst, durch H_2S entsilbert und auf 4 ccm eingeengt, mit Phosphorwolframsäure dicke weiße Fällung (seidenglänzende, feine spitze, weiße Kristalle). Wird diese mit Baryt zersetzt, dieser durch CO_2 entfernt, so gibt das stark eingeengte Filtrat mit 10 und 20% iger Silbernitratlösung ebenfalls Niederschlag, der aber hier glatt NH_3-löslich ist. (Rückstand verkohlte.) Das durch Baryt von den Säuren und durch CO_2 von dem Baryt befreite und stark eingeengte Filtrat des Phosphorwolframsäureniederschlags gibt ebenfalls noch mit 10% iger Silbernitratlösung Trübung unter Abscheidung eines gut kristallisierenden Silbersalzes, das mikroskopisch aus feinen, langen Prismen bestand, die teilweise zu Büscheln beieinander liegen. Auch diese Fällung war ammoniaklöslich. Von dem andern vorher ebenfalls durch Silbernitrat fällbaren und NH_3-löslichen Körper unterscheidet sich der zuletzt vorliegende also dadurch, daß er nicht wie der erstere durch Phosphorwolframsäure gefällt wurde.

Durch diese Untersuchungen dürften zwei Bausteine der Gononukleinsäure mit Sicherheit nachgewiesen sein: ihr Gehalt an Phosphor-

Digitized by Google

säure und an Nukleinbasen. Als unsicher hat vorerst ein eventueller Pyrimidinbasengehalt des Gononukleinsäuremoleküls zu gelten, wenngleich die Eigenschaften der aus dem Barytniederschlag isolierten Körper in hohem Grade für das Vorliegen solcher Basen sprechen. Unsicher ist ferner noch die Natur des vorliegenden Zuckers, wenngleich die gefundenen Reaktionen für eine Pentose sprechen dürften. Diese letzteren Verhältnisse können definitiv erst als geklärt gelten, wenn es gelungen ist, die betreffenden Basen genau zu analysieren und für den vorliegenden Zucker das betreffende Osazon darzustellen, was weitere Analysen zu erbringen hätten, die auch die spektralanalytische Untersuchung der Orzin- und Phlorogluzin-HCl-Probe zu berücksichtigen hätten. Der geringen Mengen wegen, die ich nur erhielt, müßte in weiteren Versuchen zweckmäßig mindestens jeweils ein Liter Gonokokkensuspension verarbeitet werden, wobei man sich der heutigen großen Schwierigkeiten und der großen Menge erforderlichen Nährbodenmaterials wegen vor allem auch der Kostspieligkeit dieser Untersuchungen bewußt sein muß, die diese für ein Privatlaboratorium für die nächste Zeit wenigstens unmöglich machen. Aus diesem letzteren Grunde glaubte ich hier auch schon die mir bereits seit 6 Jahren vorliegenden Befunde der makrochemischen Untersuchungen mitteilen zu sollen, obgleich ursprünglich beabsichtigt war, diese noch durch weitere eingehende Experimente zu vervollständigen.

Literatur.

1. Unna und Golodetz, Zur Chemie der Haut. Derm. W., Bd. 56, 1913. — 2. Jos. Schumacher, B. Mikrobiol. Ges., Okt. 1921, März 1922, Zbl. f. Bakt., Abteilung I. Referate. Bd. 73, 1922, Nr. 15—16, S. 337. — 3. Jos. Schumacher, Zbl. f. Bakt., Abt. I. Originale. 1922, Bd. 88, H. 5, S. 362. — 4. Jos. Schumacher, B. Derm. Ges., 10. Jan. 1922. Derm. W. 1922, Bd. 74, H. 10, S. 239. — 5. Jos. Schumacher, B. Med. Ges., 11. Jan. 1922. M. Kl. 1922, H. 5, S. 159. — 6. Jos. Schumacher, 10. Tagung d. fr. Verein f. Mikrobiol. Würzburg. Juli 1922. Kongreßbericht im Zbl. Bakt., I. Abt. Referate. — 7. Vannod, D. m. W., 1906, S. 1984 und Zbl. f. Bakt., I. Abt. Bd. 44, 1907.

Versammlungen.

87. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte.

Hundertjahrfeier.

Leipzig, den 17.—24. September 1922.

Abteilung 26: Dermatologie und Syphilidologie.

Bericht von F. Weiler-Leipzig.

1. Sitzung am 18. September.

Vorsitzender: Rille-Leipzig.

Arzt-Wien: **Die Allgemeinerkrankungen bei Mikrosporie (Mikrosporide).** Ähnlich wie bei den Trichophytie-Allgemeinerkrankungen (Trichophytosen) und Trichophytie-Exanthemen (Trichophytiden) kamen bei der letzten Wiener Mikrosporieepidemie an der Klinik Riehl 13 Fälle von Allgemeinexanthemen zur Feststellung. Das klinische Bild der Kopfmikrosporie war zweimal typisch, je fünfmal erythemato-squamös oder vesikopustulös. Tiefe Pilzerkrankung (Kerion) wurde bisher nicht beobachtet. Das Allgemeinexanthem war meist von lichenoider Form, kleinste follikulär gestellte Knötchen am

Digitized by Google

Stamme, seltener an den Extremitäten; einmal ekzematoid. Bei gruppenweisem Zusammentreten und Lokalisation an den seitlichen Thoraxpartien besteht weitgehende Ähnlichkeit mit Lichen scrofulosorum. Als auslösende Ursachen der Allgemeinexantheme bei der Trichophytie werden die Röntgenbehandlung und immunbiologische Maßnahmen beschuldigt. Alle unsere Fälle waren bereits röntgenisiert, daher ein Urteil diesbezüglich nicht möglich; die meisten hatten auch Trichophytin bekommen, vielfach große Dosen teilweise als Provokation ausschließlich intrakutan, und zeigten 5 Fälle Auftreten von Exanthemen im Anschlusse an die Injektion. In den Effloreszenzen mikroskopisch aus den Schuppen zweimal ein positives Resultat. In 3 Fällen ergab das Kulturverfahren, darunter auch ein mikroskopisch positiver Fall, ausschließlich Microsporon Audouini. Zur Frage des Entstehungsmechanismus können die Fälle insofern verwertet werden, als das plötzliche Auftreten des Exanthems im Sinne Blochs für eine toxische Ursache sprechen würde. Zweifelsohne besteht aber auch die Möglichkeit einer hämatogenen Entstehung (Jadassohn), wie aus den Untersuchungen von Jessner, Ambrosoli und Bruusgaard hervorgeht. Bakteriologische Untersuchungen des Blutes, auch serienweise durchgeführt, waren in unseren Fällen negativ.

Buschke-Berlin: Die Berliner Epidemie ist noch nicht erloschen. In letzter Zeit sehen wir fast nur die gewöhnliche Form der Mikrosporie, nicht mehr die stark entzündlichen, dem Kerion Celsi gleichenden, die von Fischer aus Buschkes Material beschrieben wurden. Aus diesen Fällen ist teils Microsporon Audouini, teils die Abart, depauperatum gezüchtet worden. Ob diese Varietäten der Pilze etwas Besonderes sind, ist aber fraglich. Beobachtet wurden Leukoderme einmal bei einem Kinde am Hals, ähnlich Leukoderma syphilit. Lichen microsporicus wurde zweimal gesehen ohne Pilznachweis, dagegen häufig Körpermikrosporie ähnlich Pityriasis rosea und Eczema seborrhoicum. Hier wurde einige Male kulturell Mikrosporon nachgewiesen. Wir behandelten wesentlich mit Röntgenstrahlen, auch die Pyrogallolmethode (Buschke-Klein) leistete gute Dienste, erforderte aber viel Zeit und Mühe. Einigemal erfolgte Übertragung auf Erwachsene, schnelle Heilung auf Schwefel und Pyrogallol.

Plaut-Hamburg frägt wegen bedeutender Unterschiede der von Arzt demonstrierten Bilder mit den von ihm beobachteten an, ob in allen Fällen Behandlung stattgefunden hätte, nach der man mitunter derartige entzündliche Bilder sieht. Daß Kerion durch Mikrosporon hervorgerufen werden kann, ist durch positive Kulturresultate erwiesen.

Jadassohn-Breslau: Daß kleine Varietäten der Pilze Differenzen im Krankheitsbild nicht bedingen müssen, ist unzweifelhaft. Es können aber sicher kulturell ganz gleich erscheinende Pilze in bezug auf pathogenetische Wirkung und Kontagiosität recht verschieden sein. In der Schweiz und in Breslau hat Jadassohn Mikrosporie-Endemien spontan verschwinden sehen. Röntgenbehandelte und durch akzidentelle Ursachen gereizte glatte Mikrosporie wandelte sich in Kerion um, zu dem sich Lichen microsporicus gesellte. Positive Befunde auf der Haut sind nicht immer beweisend, weil auch klinisch alle Übergänge zwischen ektogener Autoinokulation und Lichen trichophyticus zu konstatieren sind. Die hämatogene infektiöse Entstehung der Trichophytide ist bewiesen, die toxische nicht, weil die Provokation durch intravenöse Injektion (Bloch) auch nur Provokation latenter Herde (Lichen scrofulosorum) oder Trichophytie-Exanthem sein kann. Intrakutan ist das nicht gelungen. Therapeutisch ist Jadassohn mit Röntgen noch immer sehr zufrieden.

Voehl-Frankfurt a. M.: In der Frankfurter Klinik wurde in den letzten Monaten eine Mikrosporieepidemie beobachtet; 100 Fälle, davon 80 in klinischer Behandlung. In keinem Falle Allgemeinexantheme. Niemals wurde Trichophytin zur Injektion benutzt, auch wurden Röntgenstrahlen nur als Epilationsdosis, nicht in therapeutischen Dosen angewandt. Gute Heilerfolge auch mit Karboterpin, konzentriert oder 10—50%. Heilung in 50 Fällen in 3—4 Monaten. Rezidive in 2—3 Fällen.

Nourney-Mettmann empfiehlt Einspritzung von Eigenblut, 2 ccm in das Unterhautzellgewebe.

Buschke und Peiser-Berlin: **Über die biologische Wirkung des Thalliums mit besonderer Berücksichtigung der Alopezie.** Experimentelle Untersuchungen an Ratten, Mäusen und Meerschweinchen ergaben neben schon früher von Buschke beobachteter Alopezie und Katarakt andere auffallende Veränderungen, die darauf hinweisen, daß die Thalliumschädigungen endokriner Natur seien. Dafür sprachen die durch Fütterung bei Ratten hervorgerufenen Wachstums- und Entwicklungsschädigungen, ferner das Erlöschen des Geschlechtstriebes und histologische und chemische Befunde an Hoden

Digitized by Google

und Nebennieren. Diese Feststellungen weisen der Alopezieforschung den Weg nach einer bestimmten Richtung. Eine Bestätigung dieser Ansicht wurde durch Versuche an Froschlarven erbracht, die nach Fütterung mit Thallium in Wachstum wie Metamorphose gehemmt wurden, was nur mit Störung der Funktion hauptsächlich von Thymus und Schilddrüse erklärt werden kann. Noch nicht abgeschlossene Versuche ergaben auch noch Knochenstörungen, Verkrümmungen, Frakturen und Auftreibungen sowie andere Veränderungen epithelialer Natur.

Pulay-Wien: **Die Blutchemie in ihrer Bedeutung für die Dermatologie.** Vortr. konnte Verschiebungen im Verhalten der im Blut normal vorkommenden Elektrolyte und Nichtelektrolyte aufzeigen. Von diesen waren Harnsäure, Zucker und Kalk von hohem praktischem Interesse. Dies war sowohl für das Erfassen einzelner Krankheitsbilder von Bedeutung insofern, als sich die Klinik mancher Erkrankungen, wie die des Pruritus, erweitern ließ und zu neuen Vorstellungen über das Wesen des Ekzems und des Pruritus führten. Vor allem waren die Ergebnisse für die Therapie von Bedeutung, weil sie dazu führten, die durch blutchemische Analysen erhobenen Abweichungen durch interne Behandlung zu regulieren. P. konnte zeigen, daß die bisherigen Vorstellungen über die Bedeutung des Kalkes insoweit eine Korrektur erfahren müssen, als dessen Wirkung kolloidchemisch zu erklären sein wird. Die Kalktherapie wird daher zu modifizieren sein, wobei sich P. gegen die Verallgemeinerung von Erfahrungen im Tierexperiment auf die menschliche Pathologie wendet. Der Zucker spielt für manche Ekzeme die Rolle eines Lichtkatalysators.

Frühwald-Leipzig weist darauf hin, daß er bereits vor Jahren Atophan bei Urtikaria empfohlen und mit Erfolg verwendet habe.

Kumer-Wien: **Zur Frage der Acne telangiectodes.** An Hand zweier Fälle wird gezeigt, daß die Effloreszenzen verschiedene mikroskopische Befunde ergeben können, so daß bei längerem Bestande der Erkrankung mit der Umwandlung des histologischen Bildes in Lupus miliaris disseminatus gerechnet werden muß. Acne telangiectodes scheint nur Vorstadium oder Abart des letzteren zu sein, von dem sie klinisch nicht immer abtrennbar ist.

Löw-Karlsbad: **Sprudelinfusion bei Urtikaria und verwandten Dermatosen.** Die intravenöse Applikation des sterilen hypotonischen Karlsbader Sprudelwassers fußt auf Tierexperimenten von Wiechowski und ist von bedeutendem therapeutischem Wert. Störende Erscheinungen kamen bei 18 Fällen (z. T. Leuten bis zu 72 Jahren) nicht zur Beobachtung. 12 Fälle wurden geheilt, 4 wesentlich, 2 leicht gebessert.

Martenstein-Breslau: **Behandlung des Lupus erythematodes mit Krysolgan.** Unter 42 Fällen zeigten 38 die chronische Form, 4 Erythème centrifuge, 7mal Kombination mit Tuberkulose. Technik wie bei Salvarsan; Urinkontrolle, Mundpflege. Anfangsdosis 0,025 oder 0,05, wird alle 8 Tage wiederholt, solange Wirkung erkennbar, dann Steigerung, nie über 0,1; Gesamtdosis bis zur Heilung meist unter 1,0 g, höchstens 1,5—1,7 g; wenn nötig nach 8 Wochen Pause Wiederholung der Kur. Häufig Rötung und Schwellung des Herdes; Narbenbildung selten. Klinische Heilung in 28, an Heilung grenzende Besserung in 6, keine Beeinflussung in 4 und Verschlimmerung in 4 Fällen. Nebenerscheinungen: 12mal Exanthem, 5mal Stomatitis, 2mal Enteritis, 3mal Ödeme, 2mal Urtikaria, 2mal Gelenk- und Gliederschmerzen, 1mal Magenbeschwerden, 1mal Zoster und 1mal Ikterus. Kann die Kur nicht wiederholt werden, Lokalbehandlung mit Krysolganvaseline.

Jadassohn-Breslau: Nach Fertigstellung von M.s Arbeit ist von Stein-Görlitz mitgeteilt worden, daß eine Patientin, die bei anscheinend gesunder Niere 0,05, 0,1 und 0,1 Krysolgan erhalten, mit Exanthemandeutung unter Anurie gestorben ist. Das scheint der erste Todesfall nach Krysolgan zu sein. Schwere Nebenwirkungen sind auch anderenorts beobachtet worden.

Lennhoff-Magdeburg hat sehr günstige Erfahrungen gehabt. Mehrmals Lokalreaktionen; bei einem Fall mit Fieber erysipeloide Schwellung und Nephritis. Es war nicht zu entscheiden, ob das Exanthem Krysolganwirkung oder akuter Lupus erythematodes war.

Voehl-Frankfurt a. M.: Eine Frau bekam nach kleinen Krysolgandosen innerhalb 14 Tagen Dermatitis exfoliativa mit Pneumonie.

Salomon-Koblenz hat Krysolgan in hoher Dosierung intravenös bei Tuberkulose der Niere und Blase mit Erfolg angewandt; Nebenwirkung nur starke Stomatitis. In einem Fall von akutem Lupus erythematodes auf 0,25 starke lokale Reizung und Fieber, ebensolche Reaktion auf Silbersalvarsan.

Digitized by Google

Jadassohn-Breslau: Die recht bedauerlichen Nebenerscheinungen des Krysolgans scheinen doch, wenn auch nicht ausschließlich, doch ganz besonders bei den höheren Dosen vorzukommen. Ersatz durch Silbersalvarsan wäre sehr erwünscht. Die Frage muß weiter studiert werden, nachdem einmal der Beweis der relativ prompten Wirkung einer Allgemeinbehandlung beim Lupus erythematodes geliefert ist.

Lorenz-Hamburg: **Zur Biologie des Gonokokkus.** Ein verbessertes Kulturverfahren mußte folgende Vorteile bringen: 1. positiven Nachweis, wenn das Ausstrichpräparat im Stiche gelassen; 2. biologische Beobachtungen über das Verhalten der Gonokokkenstämme bei akuter und chronischer Blennorrhoe; 3. erleichterte Herstellung von Gonokokkenfrischvakzinen. Für diesen Zweck empfiehlt es sich nur frisch bereitete Nährböden zu verwenden. Aszites- und Bluttraubenzuckernährböden, vor allem mit Kaninchen- und Menschenblut gegossene, geben ausgezeichnete Resultate, vorzugsweise folgendes: 1 l Fleischwasser + 10 g Pepton + 5 g NaCl wird filtriert, dazu 22 Stangen Agar und genaue Bestimmung des Neutralisationspunktes, sodann Alkalisieren mit 10 ccm einer 10%igen Sodalösung, dazu auf 100 ccm 1 g Traubenzucker. Beim Plattenguß ist jeder Platte 1 ccm steril geschütteltes Blut zuzugeben. Auch ein saurer Nährboden wurde benutzt; einer nichtalkalisierten Aszitestraubenzuckeragarplatte wurden 0,2—0,5 einer 1%igen Milchsäurelösung zugefügt. Bei Anlage der Platte ist auf inniges Einreiben in den Nährboden Wert zu legen. Die Ansiedlungen der ersten Kulturen wird durch die Benutzung des Prostatasekrets begünstigt. Die Platten werden in einer „feuchten Kammer" 2—3 Tage bei 37° C bebrütet. Zur feuchten Kammer eignen sich die in den chemischen Laboratorien bekannten Exsikkatoren. Sie müssen geräumig sein. Ihr unterer Teil wird etwa ein Drittel mit Wasser gefüllt, in den oberen Teil werden die beschickten Platten gestellt.

Delbanco-Hamburg: **Zur Prognose der männlichen Blennorrhoe.** Delbanco geht von einem Urteil des Hanseatischen Oberlandesgerichts vom Nov. 1910 aus, nach welchem der Beklagte in einem Ehescheidungsprozeß als der schuldige Teil erklärt wurde, weil die Klägerin bei der Eheschließung sich im Irrtum über das Fortbestehen einer Geschlechtskrankheit befunden hätte. Vor Jahren Blennorrhoe, Reste einer Nebenhodenentzündung. Die Frau war nicht infiziert worden, beim Mann keine Zeichen einer bestehenden Blennorrhoe. Physikatsgutachten: „Völlige Heilung eines Trippers kommt eigentlich nie vor. Es bleibt dauernd eine chronische Entzündung zurück, die immer wieder aufflackern kann. Geschieht dies, so entsteht die Gefahr, daß beim geschlechtlichen Verkehr eine Infektion stattfindet." Über dieses Urteil war D. damals entsetzt, heute nähert er sich ihm und damit Nöggeraths schon 1872 auch über die männliche Blennorrhoe geäußerten Pessimismus, den Buschke und Langer neuerdings mächtig gestützt, über den zustimmend Leven seit 1901 sich geäußert hat. Nach Rost sind nur ein Drittel aller Fälle wirklich ausgeheilt. Das von Lorenz ausgearbeitete Kulturverfahren hat D. bewiesen, daß aus Prostata- und Samenblasen — in welche Organe die Blennorrhoe in der überwiegenden Anzahl der Fälle immer aufsteigt — in vermeintlich geheilten oder besser gonokokkenfreien Fällen in einem gewissen Prozentsatz Gonokokken noch gezüchtet werden können. Als Nebenfrucht wurden die sog. grampositiven Synokokken, deren Beziehungen zu den Gonokokken noch ungeklärt sind, mit studiert. Ohne Kulturverfahren also keine Prognosenstellung der männlichen Blennorrhoe.

Buschke-Berlin: Die Mitteilungen der Autoren zeigen — wenn sie auch nicht ganz meinen Erwartungen entsprechen —, daß meine Hamburger Mitteilungen nicht die Zurückweisung verdienen, die sie dort von Gennerich, Blaschko u. a. erfuhren. Wir selbst haben auch analytische Untersuchungen gemacht, aber mit sehr geringem Erfolg. Vielleicht lag es am Nährboden. Wir werden die Lorenzschen versuchen. Im übrigen weiß ich selbstverständlich, daß wir eine große Zahl von Blennorrhoen bei Männern und Frauen heilen. Aber daß weit mehr ungeheilt bleiben, steht fest, darauf bezieht sich lediglich mein Pessimismus. Wir müssen erneut die Biologie der Blennorrhoe erforschen wie wir uns bemühen. Neuerdings habe ich mit Dr. Harry Verschiedenheiten der Blennorrhoestämme durch die Schnelligkeit der Degeneration festgestellt, die sie auf künstlichen Nährböden erleiden. Es ergeben sich interessante Analogien zur Klinik. Für sehr wichtig halte ich die Erkrankung der Samenblasen, die wir jetzt häufiger, besonders palpatorisch finden, als früher. Auch sie bilden wohl zweifellos ein Retinakulum für Blennorrhoe. Von den Provokationsmethoden aller Art habe ich verhältnismäßig selten einen Effekt gesehen. Therapeutisch können wir die spezifische Vakzine nicht entbehren. Aber die käufliche ist wenig wert und wirkt wohl hauptsächlich unspezifisch, wie ich das mit Lange und Harry nachgewiesen habe. Die frische Vakzine ist etwas

Digitized by Google

besser, Autovakzine halte ich nicht für erforderlich. Auf die Verbesserung der spezifischen Vakzine ist neben weiterem Eindringen in die biologischen Verhältnisse der Blennorrhoe unser Augenmerk zu richten.

Frei-Breslau: Das Kulturverfahren an Harnröhrensekreten von akuten abgelaufenen Blennorrhoen (Aszites-Agar im Schrägröhrchen) stellt keine wesentlich schärfere Methode zum Gonokokkennachweis dar als die einfache mikroskopische Untersuchung. Ob Ersatz des Aszites durch Kaninchenblut zur Verbesserung des Nährbodens führt, ist umstritten. Der von Lorenz festgestellte Vorteil eines Milchsäurezusatzes zum schwach alkalischen Agar für das Gonokokkenwachstum beruht eher auf einer Wirkung der unzersetzten Molekel bzw. des Anions als auf einer Erhöhung der H-Ionenkonzentration des Nährbodens.

Jadassohn-Breslau: Die Anschauung, daß der Tripper des Mannes dieselbe schlechte Prognose quoad Heilbarkeit gebe als der der Frau, erscheint doch für die akuten Fälle nicht berechtigt. Gewiß ist die Anschauung, daß man jede frische männliche Blennorrhoe in 6 Wochen heilen könne, zu optimistisch. Aber ein großer Teil der akuten Fälle heilt doch definitiv. Wie hoch der Prozentsatz der im akuten Stadium nicht zu heilenden Fälle — bei gut zu überwachenden Kranken — ist, bleibt zu entscheiden. Daß die chronische Blennorrhoe schwer zu heilen ist, darüber sind alle einig. Die Hauptfrage ist: Wieweit können wir uns vor einer irrtümlichen Geheilt-Erklärung, vor einem zu unrecht gegebenen Ehekonsens schützen? Man mag auf die Provokationsmethoden viel oder wenig Wert legen, anwenden muß man sie. Sie sind aber zu zahlreich, als daß man alle bei jedem Fall benutzen könnte. Der Streit um den Ehekonsens hat so lange geruht, daß man annehmen konnte, Irrtümer seien nur sehr selten vorgekommen. J. selbst hat solche in eigener Praxis nicht erfahren. Gewiß müssen die Untersuchungen mit dem neuen Nährboden nachgeprüft werden — dann wird sich zeigen, ob man bisher mit seinen Methoden so schlecht dagestanden hat, und ob sein beschränkter Optimismus bei der Aufdeckung der chronischen resp. latent infektiösen Blennorrhoe nicht berechtigt war.

Stein-Görlitz kann den Pessimismus Delbancos nicht teilen, er hält ihn in der Form, wie er geäußert worden ist, für ein Unglück, denn der Praktiker wird dann leicht zum Schaden der Kranken noch weniger tun. Bei Aufwendung der nötigen Mühe und Zeit gelingt es, Männer und Frauen zu heilen. In kleineren Städten ist besser Gelegenheit das festzustellen als in großen. Fehlschläge kommen vor und Verbesserung der Methoden ist wünschenswert. Auch die von D. abgelehnte Differenzierung des Sitzes der Blennorhoe kann nur Vorteile bringen.

Bruhns-Berlin hat bei Untersuchung nach Picker-Balloe verhältnismäßig häufig Residuen in den Samenblasen gefunden. Die neueren Provokationsmethoden hält er für sehr wichtig und hat nicht selten positive Ergebnisse gesehen.

Riecke-Göttingen betont die Wichtigkeit der klinischen Erfahrungen, welche unter dem Eindruck bakteriologischer Befunde nicht ohne weiteres an Gültigkeit verlieren können. Von ihm sind therapeutisch refraktäre scheinbare Blennorrhoen in letzter Zeit beobachtet worden, bei denen morphologisch fast identische, aber in der Kultur doch sicher von Gonokokken zu trennende Keime gezüchtet wurden.

Nourney-Mettmann empfiehlt Behandlung mit Eigenblut. Diese verhindere die Entstehung von Komplikationen.

Löwenheim-Liegnitz hat etwa ein dutzendmal den Samen bakteriologisch untersucht. Es haben sich keine Gonokokken gefunden in den Fällen, in denen sie durch andere Methoden nicht nachweisbar waren.

Salomon-Koblenz kann behaupten, daß die Erfolge der Blennorrhoebehandlung gut sind. Der Praktiker muß seinem Kranken nach Abschluß der Kontrolluntersuchungen etwas Sicheres sagen können, nämlich, daß er geheilt ist. Das gelingt bei den meisten Fällen nach den bisherigen Methoden.

2. Sitzung am 20. September, nachmittags.

Vorsitzender: Jadassohn-Breslau.

Jadassohn-Breslau über **Odolekzem.** Er berichtet über einen Fall, bei dem der Nachweis einer lokalisierten Sensibilisierung nach langem Gebrauch gelungen war und prüft die für die Ekzeme und Toxikodermien wichtige Frage der Sensibilisierung — abgesehen von den Antigen-Antikörperreaktionen. Zu berücksichtigen ist, weit mehr als bisher geschehen, die spezifische und die unspezifische Sensibilisierung, die lokalisierte

Digitized by Google

und die generalisierte, die eventuell wechselweise zu erzielende von außen und die von innen, wofür, soweit sie bereits festgestellt sind, aus Literatur und eigener Erfahrung Beispiele angeführt werden. Er bespricht die Frage des Angriffsortes der Hautschädigungen (vaskulär und epidermoidal) und die Möglichkeit, daß bei Überempfindlichkeitsreaktionen, die auf hämatogenem Wege zustandekommen, nicht immer die schädigende Substanz als solche, sondern chemische Umwandlungen derselben die auslösende Ursache darstellen. Bei den Ekzemen kann die Sensibilisierung eine Rolle spielen für die Reizbarkeit, die schwere Heilbarkeit, die Ausbreitung artifizieller Ekzeme, für die Bedeutung endogener, die Haut sensibilisierenden Ursachen (normale und pathologische Stoffwechselprodukte, endokrine Störungen) und der Ernährung.

Pinkus-Berlin sieht als häufigste Form der Sensibilisation die noch vorhandene entzündliche Erkrankung an und erklärt, daß bei anscheinend lokalisierten Erkrankungen sehr häufig eine latent vorhandene, aber nicht sichtbare Allgemeinhauterkrankung besteht, die eine Überempfindlichkeit auch an nicht erkrankt gewesenen Stellen begründet.

Lennhoff-Magdeburg hat experimentell eine lokalisierte „Desensibilisierung" zu erreichen versucht. Bei Patienten, die nach intramuskulärer Verabreichung von Hg eine Dermatitis überstanden hatten, wurde immer dieselbe Stelle mit grauer Salbe, weißer Präzipitatsalbe oder Hg-Pflaster behandelt. In einem Falle wurde erreicht, daß bei der wiederholt vorbehandelten Stelle auf eine halbstündige Einreibung von grauer Salbe keine Dermatitis mehr auftrat, während eine nicht vorbehandelte Kontrollstelle auf eine $^1/_2$ Minute dauernde Einreibung eine starke Dermatitis zeigte.

Riecke-Göttingen betont, daß beim Odol wohl in erster Linie die ätherischen Öle das Reizmoment darstellen. Die vom Ort der Einwirkung entfernt auftretenden Ekzeme müssen nicht unbedingt durch Kontakt mit dem betreffenden Agens bedingt sein. Die Hauptsache ist die Diathese der Haut, die Überempfindlichkeit des Hautorgans. Die nichtspezifische Sensibilisierung ist infolgedessen sicherer fundiert als die spezifische, von der man nie weiß, ob sie wirklich als streng spezifische angesprochen werden darf.

Buschke und Sklarz-Berlin: **Zur Wirkungsweise des Quecksilbers.** Nicht nur bei syphilitischen, sondern auch bei nichtluetischen Erkrankungen hat sich das Quecksilber oftmals überaus bewährt, besonders auch als Schmierkur in der Augenheilkunde und Neurologie. Zahlreiche Berichte rühmen seine Wirksamkeit bei Iridochorioiditis, sympathischer Ophthalmie und infizierten Bulbusläsionen. In der Neurologie sind ebenfalls auffällige Besserungen und Heilungen zu verzeichnen gewesen. Die zweifellos teilweise unspezifische Wirksamkeit des Quecksilbers ist mit der parenteralen Protoplasmaaktivierung in Parallele zu setzen. Man kann daher wohl kaum von einer absoluten Spezifität des Quecksilbers reden, sondern es kommt bei jeder Beeinflussung eines pathologischen Vorgangs auf die Änderung des kolloidchemischen Zustandes an. Eine derartige allgemeine Auffassung umgreift gleichermaßen die therapeutische Wirkung von Medikamenten und ärztlichen Maßnahmen, wie Bäder, Packungen usw., und bringt die endokrine Funktion, die Esophylaxie ebenso dem Verständnis näher, wie z. B. die Antikörperbildung und die Protoplasmaaktivierung überhaupt.

Königstein-Wien: **Über Amyloidosis der Haut.** Bei einem 60jähr. Kranken, der an chronischer Peritonitis verstorben, ist die Haut bedeckt mit in Gruppen angeordneten, transparenten, glänzenden, derben Knötchen auf vollkommen unveränderter Haut; keine subjektiven Beschwerden. Lokalisation: Augen, Stirn, Lippenrot, Fußrücken, besonders intensiv ergriffen das Genitale; frei sind nur Fußsohlen und Handrücken. Bei der Leichenöffnung zahllose Knötchen von gleicher Beschaffenheit; frei von Amyloid sind Milz, Leber und Nieren. — Fall II. 60jähr. Frau. Die Hautaffektion betrifft Schultergürtel, Hals und Brust; auf pigmentierter Basis kleine transparente Effloreszenzen von normaler Hautfarbe. Die erkrankte Haut weist alle Zeichen schwerster Atrophie auf. Ein drittes Merkmal sind zahlreiche frische und alte Blutungen, die spontan wie auch durch leichteste Quetschung entstehen, wobei sich die Effloreszenzen mit Blut füllen. Obduktion: Amyloidose der Niere, zum Teil embolische Schrumpfniere mit hochgradiger Hypertrophie des Herzens, weitgehende Amyloidose des Herzens, der Milz, der Lunge. — Fall III. 2jähr. Kind. Hautveränderungen an Thorax und Unterschenkeln in Form linsengroßer braunroter Papeln. Obduktion: chronische Pneumonie, eitrige Bronchitis. Blutungsherde in den Lungen, Abszeß in der linken Niere, Milztumor, Degeneration des Myokards und der Leber. Histologie: Amyloid, morphologisch und mikrochemisch erkennbar, in den Gewebsspalten des Bindegewebes abgelagert. In Fall I liegt es in scharf umschriebenen Knoten im Stratum papillare und reticulare, in Fall II die Herde nicht mehr isoliert, bei höchster Ausbildung ist die gesamte Kutis

Digitized by Google

und das subkutane Fett von Amyloid erfüllt. Das elastische Gewebe reduziert, stellenweise geschwunden. Besonders in Mitleidenschaft gezogen ist das Fettgewebe. Es hat also die Amyloidablagerung eine charakteristische Dermatose hervorgerufen, und es ist möglich, aus der Beobachtung der Haut diagnostische Schlüsse auf das Allgemeinleiden zu ziehen.

Homma-Wien: Über **Gitterfasern bei Hautkarzinomen.** Die subepitheliale Gitterfaserzone normaler Haut biegt am Rande des Neoplasmas in die Tiefe und überkleidet es noch ein Stück weit, um sich in den tieferen Partien zu verlieren. Großer Reichtum an Gitterfasern in der Umgebung des Karzinoms und der einzelnen Krebszapfen. Auch innerhalb des epithelialen Verbandes der Neubildung schwarz imprägnierte Fasern, die durch Umwachsenwerden hineingeraten sind. Die Gitterfasern haben wahrscheinlich eine Schutzfunktion gegen das Vorwachsen des Epithels.

Beck-Budapest: Der Begriff der Gitterfasern ist insofern nicht ganz geklärt, als die Pathologie ursprünglich darunter nur die allerfeinsten Verzweigungen der Bindegewebefasern verstanden, während die Dermatologen auch dickere imprägnierbare Fasern mit diesem Namen bezeichnen. Vielleicht ist es richtig, alles Gitterfasern zu nennen, was sich spezifisch imprägnieren läßt. B. möchte hier gegen Zurhelle Stellung nehmen, der die Härte des harten Geschwürs auf die Anwesenheit von reichlicheren Gitterfasern zurückführt. B. hat gefunden, daß die weichsten Gewebe, wie Neurofibrome, Mollusca pendula, sehr reich an Gitterfasern sind, während sehr harte Gewebe, wie sklerotische Narben, Keloide, keine oder fast keine Gitterfasern enthalten. Die Härte ist vielmehr von den dicken kollagenen Bündeln abhängig.

Sternberg-Wien erklärt, daß die pathologischen Anatomen unter Gitterfasern die mit der Methode Bielschowsky-Maresch färbbaren Fasern meinen. Nur auf diese Fasern bezieht sich die Arbeit Hommas und ebenso — wie er glaubt — die Zurhelles.

Bruhns-Berlin: **Zur Methode der Dermatoskopie.** Demonstration von Lichtbildern von luetischen Exanthemen, Rubeola, Psoriasis vulgaris, Ekzem, Impetigo, Lupus vulgaris und erythematodes, Angiom, Nävus u. a. Einige Dermatosen zeigen zwar anscheinend charakteristische Bilder, aber diese Bilder brauchen nicht regelmäßig bei der betreffenden Dermatose vorzukommen und werden in ähnlicher Form gelegentlich auch bei einer anderen gesehen. Im Gegensatz zu Saphier kommt er zum Schluß, daß es nicht lohnt, diese Methode, die an sich viel Übung erfordert, als diagnostisches Hilfsmittel allgemein in die Dermatologie einzuführen, wenngleich sie vielerlei interessante Einzelheiten bietet und für gewisse Spezialfragen (z. B. Natur des Naevus anaemicus) gelegentlich in Betracht kommen kann.

Linser-Tübingen stimmt mit B. darin überein, daß die diagnostische Bedeutung der Dermatoskopie jetzt auch von der O. Müllerschen Schule nicht mehr so hoch eingeschätzt wird wie anfangs.

Oelze-Leipzig: Vom optischen Standpunkt aus ist zu bemerken, daß das auf die Haut aufgebrachte Öl nicht zur Aufhellung, sondern nur zur Einebnung zufälliger Unebenheiten dient. Ultraviolettes Licht — wie in manchen Abhandlungen zu lesen — spielt in der Hautmikroskopie keine Rolle. Starke Vergrößerungen lassen sich nicht erreichen. Die Zellen der Hornschicht sind doppelbrechend und optisch unregelmäßig angeordnet. Durch diesen Umstand wird bei zunehmender Vergrößerung die Bildqualität immer schlechter. Die im Vortrage vorsichtig gekennzeichneten Grenzen der Dermatoskopie können daher auch aus optischen Gründen nicht erweitert werden.

3. Sitzung am 20. September, abends.

Vorsitzender: Rille-Leipzig.

Arzt-Wien: **Die Mikrosporie,** ein Lehr- und Aufklärungsfilm für Ärzte, Studenten und Sanitätshilfspersonen. (Erschien in der W. m. W., Sept. 1922.)

4. Sitzung am 22. September, vormittags.

Vorsitzende: Unna-Hamburg, Linser-Tübingen.

Galewsky-Dresden: Demonstrationen von Moulagen. a) **Ulcus vulvae simplex (Lipschütz)** bei einem Kinde. Es ist dies der erste im kindlichen Alter beschriebene Krankheitsfall. Die Affektion, bei welcher der Bac. crassus nachgewiesen wurde, verlief gutartig und heilte in kurzer Zeit ab.

b) **Talgdrüsennävus** im Verlauf der Voigtschen Linie am linken Oberschenkel eines jungen Mannes.

Digitized by Google

c) **Lymphangiom der rechten Leistendrüsengegend,** woselbst außerordentlich starke Schwellung. Das Skrotum mit gelben, prall mit Lymphe erfüllten Strängen übersät; keine besonderen Beschwerden, Operation verlief günstig. Nach Wegnahme der Geschwulst verschwanden Ödem und Lymphstauung am Skrotum, doch besteht noch eine leichte Stauung der rechten Seite.

d) **Ulerythema ophryogenes** bei einem 16jähr. Mädchen mit kongenitaler Lues, in dessen Familie 7 Mitglieder — 3 männliche und 4 weibliche — daran leiden. Vortr. hat vor kurzem je einen weiteren Fall bei Mutter und Tochter gesehen, offenbar eine ähnlich wie die Ichthyosis familienweise sich vererbende Erkrankung.

Galewsky-Dresden: **Zur Kenntnis des Lupus erythematodes.** Bericht über drei Fälle, die unter Einfluß des Sonnenlichtes im Hochsommer entstanden sind und sich unter diesem Lichteinfluß immer weiter verbreiteten, im Winter jedoch abblassen. Der erste hat einen typischen Fleck auf dem behaarten Kopfe; sonst hat das Gesicht mit seinem progredienten Lupus erythematodes nur an wenigen Tagen den Eindruck dieser Erkrankung hervorgerufen, während es meist wie ein Erythem aussieht. Salben werden nicht vertragen, am besten durch Xeroformpuder zu beeinflussen. Auch in den anderen Fällen war das Fortschreiten unter dem Sonneneinfluß zu beobachten.

Rille-Leipzig möchte unbeschadet des Verdienstes, das sich Lipschütz um Ätiologie und Klinik dieses Ulcus vulvae erworben, feststellen, daß dasselbe klinisch schon früher bekannt gewesen und der von J. Neumann als aphthöse, von Rille vorsichtigerweise als „aphthoide" Affektionen bezeichneten Gruppe angehört, welche noch verschiedene andere, zum Teil heute noch pathogenetisch nicht völlig aufgeklärte Prozesse des Genitale, zumal des weiblichen, umfaßt, die im Aussehen im allgemeinen weniger an Kondylome wie an Ulcus molle erinnern. — R. erwähnt einen Fall von Lymphangiom der inneren Oberschenkelfläche und Leistengegend bei einer Frau, wo Heilung durch Röntgenbestrahlung erzielt wurde.

Pulay-Wien erinnert an einen Fall von Lupus erythematodes durch Bestrahlung. Die vorher bestehenden Epheliden verschwanden. Nach Abheilung des Lupus stellten sich die Epheliden wieder ein. Höhensonne löste frische Erythematodesherde aus.

Bering-Essen bespricht einige Fälle von Lupus erythematodes provoziert durch Höhensonne; heilen narbenlos mit Pigmentierung am Rande der Erkrankung ab. Die von B. gemachten Beobachtungen sprechen dafür, daß ein Zusammenhang zwischen dem Ausbruch des Erythematodes und Störungen von seiten der Ovarien besteht.

Schönfeld-Greifswald: Bingel hat vor zwei oder drei Jahren mehrere Fälle von Ulcus vulvae acutum beschrieben.

Königstein-Wien sah einen Lupus erythematodes mit einem den Grenzen des Krankheitsherdes entsprechenden Leukoderma abheilen.

Isaac-Berlin: Wie leicht Lupus erythematodes rezidivieren kann, ergibt ein von ihm behandelter Fall, der erst nach zwei Jahren heilte. Vor vier Wochen Rückfall nach Einwirkung der Sonnenstrahlen. Oberflächliche Brennungen mit Paquelin haben ausgezeichneten Erfolg.

Unna-Hamburg berichtet über einen Erfolg bei Lymphangioma scroti mit Pepsin-Dunstumschlägen.

Galewsky-Dresden erwähnt nochmals, daß die Fälle von Ulcus vulvae acutum ja allen seit Jahren bekannt, daß es aber doch das Verdienst von Lipschütz sei, diese Affektion klinisch und bakteriologisch festgelegt zu haben. Beim Lymphangiom habe er zur Operation geraten, da die Diagnose über die maligne oder benigne Natur des Tumors nicht feststand.

Gans-Heidelberg: **Gewebsatmung und Röntgenwirkung.** Bei Untersuchung von etwa 300 verschiedenen Gewebs-, meist Hautstücken ergab sich die Tatsache, daß zwischen dem O_2-Verbrauch im Atmungsapparat und der Röntgenempfindlichkeit der betreffenden Gewebe gewisse Parallelen bestehen. Diese zeigen sich derart, daß ähnlich der Empfindlichkeitskurve für normale und pathologische Gewebe auf Röntgenstrahlen sich eine gleichsinnig, um nicht zu sagen parallel verlaufende Linie ergibt, wenn man die Gewebe nach ihrem O_2-Verbrauch ordnet, und zwar bezogen auf 1 mg Trockensubstanzgewicht als Einheit. Die Bestimmung eines O_2-Verbrauchs ermöglicht einen Einblick in die Beziehungen zwischen Stoffwechselsteigerung und Erhöhung der Röntgenwirkung bzw. Röntgenempfindlichkeit.

Unna-Hamburg verweist auf die Sauerstofforte.

Delbanco-Hamburg fragt, ob die Gansschen Untersuchungen nicht direkt dafür sprechen, daß die Röntgenstrahlen in erster Linie die Endothelien der Gefäße treffen.

Digitized by Google

Endothelschädigung ist ihm klinisch der Mittelpunkt der Röntgenbeeinflussung der kranken Haut.

Ullmann-Wien: **Die intravenöse Zufuhr in ihrer Wirkung auf die Leber und andere Organe, speziell für Arsen und die gleichartige Arzneigruppe.** (Erscheint in der Derm. Wochenschr.)

Linser-Tübingen betont die Möglichkeit, der Leberfunktion bzw. -schädigung intra vitam durch Untersuchung des Gallenfarbstoffes im Blutserum nachzugehen, Untersuchungen, die seit zwei Jahren in seiner Klinik zur Unterscheidung der verschiedenen Ursachen dieser wichtigen Störungen gemacht werden. Leberstörungen, wie sie U. in Form von Verfettung gesehen hat, scheinen viel eher durch Gefäßschädigungen hervorgerufen.

Pinkus-Berlin kann über Leberveränderung als primäre Schädigung durch Salvarsanpräparate noch nichts sagen. Bei Obduktion frischerer Fälle hat er viel geringere Leberveränderungen gefunden als bei chronischen Fällen, bei denen aber septische Prozesse mitwirkten. Klinisch, im Urin, hat er mit keiner Methode Reizungserscheinungen mit Regelmäßigkeit feststellen können.

Albert-München: Intravenöse und subkutane Applikationen eines Präparates lassen sich nicht miteinander vergleichen.

Pulvermacher-Berlin fragt, ob Präparate nach den für die Zellen des retikuloendothelialen Systems selektiven Färbungsmethoden Besonderheiten ergeben haben und streift das Problem des anhepatozellulären Ikterus in Abhängigkeit vom retikulo-endothelialen Zellsystem. Bei aller Bedeutung der Kupfferschen Zellen für die Aufnahme, Verarbeitung und eventuelle Schädigung bei Arsenmedikation und der Leber überhaupt bei Salvarsanschädigung, wird die Purpura cerebri als direkte Folge einer Gefäßschädigung angesehen.

Delbanco-Hamburg erklärt, daß nach den Erfahrungen der Hamburger Kliniker der einfache katarrhalische Ikterus nicht nur nicht zunimmt, sondern sogar mit nicht seltenem Ausgang in akute gelbe Leberatrophie. Mit dem verstärkten und vermehrten infektiösen Ikterus in der Jetztzeit müssen wir Syphilidologen stark rechnen.

Albert-München: Es gibt Arsenpräparate, die intravenös weniger giftig sind als subkutan appliziert und umgekehrt.

Friedberg-Rostock erwähnt einen Fall von Ikterus bei einer latent luetischen Pat. (WR —), die vor Monaten eine Neosalvarsan-Hg-Kur gemacht und gut vertragen hatte, wo die Ätiologie des Ikterus unbekannt war und das klinische Bild an eine beginnende akute gelbe Leberatrophie erinnerte. Da Lues ätiologisch nicht ausgeschlossen werden konnte, wurde vorsichtige Kalomelkur gegeben und gut vertragen. Ikterus konstant. Jetzt 0.1 Neosalvarsan intravenös. Danach starke Zunahme des Ikterus. Nach einigen Tagen das Wismutpräparat Melanol. Dadurch prompter Rückgang des Ikterus. Weitere Melanolkur. Patientin ist frei von Ikterus entlassen. Leber palpatorisch und funktionell o. B.

Unna-Hamburg betont, daß zu den Faktoren, welche für den Unterschied zwischen der Wirkung der subkutanen und intravenösen Injektion in Betracht kommen, sicher der Unterschied gehört, daß die Masse der roten Blutkörperchen zu den Reduktionsorten, das subkutane Gewebe mit seinen Mastzellen zu den Sauerstofforten zählt.

Eliassow-Frankfurt a. M.: Wir haben bisher keine Möglichkeit, durch klinische Untersuchungsmethoden zu entscheiden, ob ein Ikterus, der während der Salvarsankur bei einem Luetiker auftritt, durch die Lues oder durch das Salvarsan bedingt ist.

Linser-Tübingen. Unterscheidnng zwischen Icterus lueticus und Salvarsanikterus kann durch die v. d. Bergt-Snappersche Bilirubinuntersuchung im Serum mit quantitativen Methoden gemacht werden.

Ullmann-Wien: Zweifellos gibt es, außer der Verfettung der Leberzellen, dem Glykogenschwund noch andere Symptome der Zellschädigung, wie Gefäßerweiterung und dadurch Stauungsikterus, ferner kommt auch Luesrezidiv in der Leber in Betracht. Aber gewiß nicht an Tieren, wo ja die Frage der Lues und auch Ikterus, wenigstens bei Kaninchen aus der Diskussion ausscheidet. Die sinnfällig werdende Zellverfettung gilt nur als ein Zeichen der Zellvergiftung, allerdings als eines der wichtigsten. Die Leberinsuffizienz kann selbst bei Encephalitis haemorrhagica sehr wohl ursächlich beteiligt sein, im Sinne von W. Wilcox schwer erkrankt, ohne daß dies während der schweren anderen Zustände der Enzephalitis klinisch genügend erkannt werden muß. Eppinger hat die Kupfferschen Zellen mittels Eisen und Kollargol „blockiert", so zwar, daß sie nicht nur elektiv sichtbar, sondern auch als Schutzzellen funktionell wirksam gemacht wurden. Schwerlösliche Arsenverbindungen wie Arsenophenylglizin können mitunter vom subkutanen Zellgewebe her wirksamer werden als intravenös.

Digitized by Google

Riecke-Göttingen: **Über ein Salvarsanexanthem und Enanthem.** Er bespricht die neuerlich mehrfach beobachteten Fälle von Salvarsandermatitis mit disseminierten zirkumskripten Herden, unter ihnen namentlich die Lichen-ruber-ähnlichen Exantheme unter Berücksichtigung von dabei vorkommenden Schleimhautveränderungen. Bei einem Manne, welcher wegen multipler Sklerose mit Silbersalvarsan behandelt wurde und eine diffuse und makulöse Salvarsandermatose aufwies, waren an der Schleimhaut linsen- bis fingernagelgroße, bläulichweiße, ein wenig erhabene, an der Oberfläche teils getüpfelte, teils gefelderte Flecke vorhanden. Histologisch zeigte eine Hauteffloreszenz ein gleichmäßig verteiltes lymphozytäres Infiltrat, auf die Papillarschicht beschränkt bei im wesentlichen unverändertem Epithel. Ein Schleimhautherd wies Epithelhyperplasie, Parakeratose und Hyperkeratose mit vermehrtem Keratohyalin und ein dichtes, papilläres, lymphozytäres Zellinfiltrat auf.

Galewsky-Dresden hat nur wenige Lichen-ruber-artige Exantheme gesehen, in seinen Fällen gingen die Exantheme sehr schnell zurück.

Bering-Essen hat Salvarsanexantheme mit Lichen-ruber-Charakter nach Silbersalvarsan gesehen. Mitbeteiligung der Schleimhaut wurde nach Neosalvarsan beobachtet. Die Erscheinungen der Mundschleimhaut waren dem Pemphigus sehr ähnlich.

Bruhns-Berlin hebt hervor, daß er in den wenigen Fällen von lichenartigen Neosalvarsanexanthemen keineswegs schnelle Rückbildung gesehen habe.

Feimbors-Rostock weist darauf hin, daß die Lichen-ruber-ähnlichen Salvarsanexantheme verschieden lange Zeit bis zum Verschwinden brauchen und teilweise mit starker Pigmentation abheilen. Er hat einen Fall beobachtet, der infolge starker exsudativer Steigerung pemphigoid geworden und bei dem Mundschleimhaut und Lippen wie bei Pemphigus bzw. Erythema exsudativum umgewandelt waren. Nach Rückgang der akuten Erscheinungen blieben im Mund Veränderungen wie beim Lichen planus übrig.

Hübner-Elberfeld: **Zur Behandlung der Psoriasis vulgaris.** Er empfiehlt die von Sachs eingeführten intravenösen Natr.-salicyl.-Injektionen, aber in Verbindung mit äußerer Anwendung schwacher $^1/_4$ %igen Chrysarobinzinkpasten. Die Haut wird durch die Salizylinjektionen in merkwürdiger Weise für das Chrysarobin sensibilisiert, so daß die ganz schwachen Chrysarobinsalben die klinische Wirkung — starker — etwa 10%iger haben. Die Heilung tritt schnell, ohne die unangenehmen Nebenwirkungen der hochprozentigen Chrysarobinsalben ein.

Frühwald-Leipzig erwähnt, daß er ein junges Mädchen mit Pyrogallolsalbe und Injektionen von Natr. salic. behandelte und den Eindruck gehabt habe, daß der Rückgang der Effloreszenzen rascher vor sich ging als gewöhnlich.

Lennhoff-Magdeburg hat Psoriasis mit Hydrarg. jodat. flav. behandelt und dabei Abheilung mit gelbbrauner Pigmentierung ähnlich wie bei Arsen gesehen. Doch sind die Fälle der Abheilung häufiger als bei Arsen. Am meisten ausprobiert per os Hg jod. fl. 3 mal 0,015 in Pillen oder als Pulver. In einigen Fällen wurde von einer 10%igen Paraffinemulsion 2 mal wöchentlich 0,6 ccm gegeben.

Bering-Essen: Das Salizyl scheint einen Sensibilisator für das reduzierend wirkende Chrysarobin abzugeben. Um diesem Phänomen auf den Grund zu gehen, sind Untersuchungen im Sinne Unnas über die Sauerstofforte anzustellen.

Kollmann-Leipzig: Ich würde vorschlagen, statt des salizylsauren Natron ein harmloseres Natronsalz zu verwenden, z. B. Kochsalz.

Hübner-Elberfeld: Die Natr.-salicyl.-Injektionen sind in der 20%igen Lösung stets anstandslos vertragen worden. Nur eine Patientin klagte über Schmerzen im Arm nach der Injektion, die ausblieben, als 10%ige Lösung (in doppelter Menge) injiziert wurde. Psoriasisrezidive bleiben auch nach den von Nourney empfohlenen Eigenblutinjektionen nicht aus; 2 nach meinem Verfahren behandelte Patienten waren früher mit Eigenblut behandelt worden und kamen wegen Rezidiven.

Delbanco-Hamburg: Die Methode von Sachs war bislang erfolglos, die Hübners erscheint empfehlenswert.

Nourney-Mettmann empfiehlt alle 4—8 Wochen eine Eigenblutinjektion, sonst nur Kleienbäder oder ähnliches.

Löwenberg-Düsseldorf weist darauf hin, daß in vielen Fällen namentlich frischer Ausbrüche von Psoriasis durch Allgemeinbestrahlungen mit ultraviolettem Licht (Höhensonne) gute Erfolge zu erzielen sind.

Salomon-Koblenz: **Bemerkungen zur Syphilisbehandlung.** Analog der modernen Tuberkulosebehandlung verlangt S. auch für die Syphilis stärkere Berücksichtigung der Diätetik, ohne auf die spezifischen Heilmittel etwa ganz verzichten zu wollen. Er be-

Digitized by Google

tont die Bedeutung des Salvarsans zur schnellen Vernichtung der Ansteckungsgefahr und Abortivheilung, doch warnt er vor zu großem Optimismus, da Enttäuschungen auch bei negativer WR während der Behandlung nicht ausbleiben. Er erwähnt gute Erfahrungen mit dem Trepol. Bei einem Patienten mit familiärem Icterus haemolyticus und Primäraffekt schwand nach Splenektomie der Ikterus und wurde Salvarsan gut vertragen. S. berichtet weiter über 3 Fälle von syphilitischer Lipoidnephrose und weist hin auf die Wichtigkeit des Befundes von doppeltlichtbrechenden Lipoidkörperchen im Polarisationsmikroskop für die Differentialdiagnose zwischen Hg-Nephritis und spezifischer Nephrose. Seine 3 Nephrosefälle — davon 2 mit demselben Kontagium infiziert und beide gleichzeitig mit Aortitis — waren kurz nach kräftiger kombinierter Behandlung entstanden und zeigten sich der weiteren spezifischen Behandlung gegenüber wenig zugänglich. Ihnen stellt S. 6 andere Fälle von viszeraler Lues gegenüber, die, bisher nie spezifisch behandelt, unter diätetischen Maßnahmen auf geringe Dosen von Salvarsan und Quecksilber gut reagierten und klinisch schnell geheilt waren. S. übt Kritik an der fast rein chemisch eingestellten modernen Syphilistherapie und ihrer Abhängigkeit von der WR und bekämpft diesen Schematismus.

Auf Grund des negativen WR-Befundes bei Syphilis maligna, also bei Fehlen genügender Antikörperbildung, neigt S. dazu, die positive WR nicht als Behandlungsindikator, sondern lediglich als Ausdruck der spezifischen Antikörperbildung anzusehen. Aus dem Befunde der Liquorflüssigkeit können keine sicheren prognostischen Schlüsse gezogen werden. Wegen der mit ihr verbundenen Unannehmlichkeiten hält S. die Lumbalpunktion zu diagnostischen Zwecken nur für gerechtfertigt, wo es sich um die Differentialdiagnose zwischen Lues einerseits, multipler Sklerose, Tumor usw. andererseits handelt. Das Ziel der Syphilistherapie muß es sein, bei möglichstem Ausschluß äußerer Schädigungen unter Zuhilfenahme unspezifischer Maßnahmen die notwendige Zufuhr chemischer Heilmittel auf das Mindestmaß herabzudrücken.

Nourney-Mettmann spricht bei den vorzüglichen chemotherapeutischen Erfolgen den Löwenanteil des Erfolges der Natur zu. In refraktären Fällen könnten gerade die chemotherapeutischen Wirkungen die Naturheilung hindern.

Ledermann-Berlin bespricht die Diagnose medikamentöser und entzündlicher Nierenerkrankungen sowie der syphilitischen Aortitiden und Aortenaneurysmen.

Neurndorff-Halle a. S.: Im allgemeinen wird bei der Abortivkur zu wenig behandelt, Röntgenbild und Lumbalpunktion sollten bei Ehekandidaten selbstverständlich sein.

Pulay-Wien: Es ist nötig, vor der antiluetischen Therapie die Nierenfunktion zu prüfen und bei Störungen besonders vorsichtig vorzugehen.

Hesse-Düsseldorf sieht in der quantitativen Steigerung der Salvarsantherapie keinen Fortschritt. Er beobachtete schwere Rezidive im Anschluß an starke Kuren, die unter roborierenden Methoden und allgemeinen Lichtbestrahlungen verschwanden oder nach längerer Zeit wieder auf Salvarsan oder Jod reagierten.

Hübner-Elberfeld: Die Salvarsantherapie wird häufig diskreditiert durch zuweilen unsachgemäße Ausführung seitens der praktischen Ärzte. Die Leitsätze von Salomon werden von Fachärzten längst und stets befolgt.

Friedges-Rostock: Ich begrüße, daß S. zur Kritik in der Luestherapie aufruft. Wismut hat auf alle Stadien der Lues eine Heilkraft, die, anscheinend dem Salvarsan sehr nahe oder gleichkommt, dem Hg nicht unerheblich überlegen ist. Wir müssen mehr individualisierend — unter Zuhilfenahme allgemein-medizinischer Methoden — den Cesamtorganismus behandeln.

Galewsky-Dresden tritt energisch für die Salvarsantherapie ein, für deren weiteren Ausbau die Fachärzte zu sorgen hätten.

Löwenberg-Düsseldorf verlangt, daß mehr auf die Schwierigkeiten der Salvarsanbehandlung und auf die dabei vorkommenden Störungen hingewiesen werde.

Kollmann-Leipzig: **Die intravenöse Mischspritze mit kolloidalem Quecksilber Dr. Klopfer.** Es wurden 20 Patienten, meist Sekundärsyphilitische, mit zusammen 85 Injektionen behandelt. Nebenerscheinungen kamen niemals vor; in einem Falle, in dem nach der 2. Cyarsalspritze ein Exanthem aufgetreten, wurden 5 Spritzen von kolloidalem Quecksilber anstandslos vertragen.

Hayn-Plauen i. V. sah viele Nebenerscheinungen.

Frühwald-Leipzig: **Zur Behandlung der Alopecia areata.** Die Behandlung des Haarausfalles mit Humagsolan wurde von Kapp dahin modifiziert, daß er eine Keratinlösung in Ammoniak-Alkohol durch Kataphorese an die Haarpapillen brachte. Apel meint aber, daß der wirksame Faktor nicht das Keratin, sondern der hautreizende Am-

Digitized by Google

moniak und der galvanische Strom seien. Vortr. hat das Verfahren bei Alopecia areata angewandt und ebenfalls gefunden, daß Keratin unnötig sei und mit einer in Liqu. Ammon. caust. 30, Spirit. vini 70 getauchten Elektrode derselbe Effekt erzielt wurde. Auf den Krankheitsherd wurde die negative Elektrode aufgesetzt und durch 2 m ein Strom von 2 MA durchgeschickt. Schon nach 4 Sitzungen Haarwachstum. Von 10 Patienten konnten 2 zu Ende behandelt werden; von diesen wurde eine in 2 Monaten in 15 Sitzungen geheilt, der andere in 3 Monaten in 28 Sitzungen. Auch in einem Falle von Alopezie nach Grippe, der durch 2 Jahre jeglicher Behandlung widerstanden, wurde rascher Haarwuchs erzielt.

Frühwald-Leipzig: **Organ-Kolloidtherapie auf Grund der Abderhaldenschen Reaktion.** Vortr. hat bei Hautkrankheiten, bei denen ein Zusammenhang mit Störungen der inneren Sekretion vermutet wird, die Abderhaldensche Reaktion anstellen lassen. 17 Fälle von Rosazea: 4 negative Befunde; Abbau von Thyreoidea allein 3 mal, in Kombination mit anderen 5 mal; Thymus allein 1 mal, komb. 2 mal; Geschlechtsdrüsen allein 1 mal, komb. 7 mal; Hypophyse komb. 2 mal, Nebenniere komb. 5 mal. Ekzem 10 Fälle: 1 negativer Befund; Thyreoidea allein 1 mal, Geschlechtsdrüsen allein 1 mal, komb. 2 mal; Thymus allein 5 mal, komb. 2 mal. Akne 12 Fälle: 5 mal negat.; Thymus allein 3 mal, komb. 1 mal; Geschlechtsdrüsen allein 2 mal, komb. 1 mal; Nebenniere komb. 1 mal, Thyreoidea komb. 2 mal. Ferner wurden Fälle von Hautatrophie, Urtikaria, Lupus erythem., Sklerodermie und Pruritus untersucht. Bei einigen Fällen wurden neben einer meist schwachen Lokalbehandlung Injektionen von Eigenblut oder -serum gemacht und das Hormon des am meisten abgebauten Organes entweder subkutan oder per os verabreicht. Während in einigen Fällen die „spezifische" Behandlung keinerlei Wirkung hatte und die Besserung oder Heilung der Lokalbehandlung zuzuschreiben war, war in einigen anderen, besonders bei Rosazea, ein deutlicher Effekt nicht zu verkennen. Vortr. will nur die Tatsachen feststellen, ohne irgend welche ätiologische oder therapeutische Schlüsse zu ziehen.

Gans-Heidelberg: Die Abderhaldensche Reaktion ist sehr wechselnd im Ergebnis. F.s Untersuchungen besagen, daß gelegentlich einmal Übereinstimmung besteht zwischen Reaktion und therapeutischem Erfolg. Aber die Haut ist in den großen Kreis der Organe mit innerer Sekretion wahrscheinlich mit eigener innerer Sekretion eingeschaltet. Wir haben also stets die Antwort des gesamten Systems vor uns. Ehe es nicht gelingt, exakte Angriffspunkte zu finden, muß jede derartige Feststellung empirisch bleiben und ist nicht zu verallgemeinern.

Friebos-Rostock: Die Abderhaldensche Reaktion fiel oft different bei derselben Affektion aus, wie auch die therapeutischen Erfolge mit entsprechenden Organpräparaten wechselnd waren oder fehlten. Am besten waren die Resultate bei Rosazea, wo es sich um Klimakterium handelte. Da helfen oft Ovarialtabletten bzw. Horminum fem., ebenso bei prämenstrueller und dysmenorrhoischer juveniler Akne. Man soll bei Organabbau solche Präparate versuchen, aber daran denken, daß Organabbau bestehen kann, ohne daß er eine Bedeutung für die betreffende Affektion hat. Daß bei Sklerodermie Ovarium abgebaut wird, ist nicht so selten, wie F. meint. Ovarialpräparate haben aber kaum einen Einfluß auf den Prozeß.

Pulay-Wien: Bei Störungen im inkretorischen Drüsensystem muß das ganze System im Auge behalten werden und nicht eine einzelne Drüse, denn einzelne inkretorische Drüsen sind zueinander funktionell, synergetisch und antagonistisch eingestellt.

Pulvermacher-Berlin: Von den Erkrankungen, die F. behandelt hat, erscheint am gesichertsten die endokrine Abhängigkeit der Sklerodermie. Die Abderhaldensche Reaktion läßt die Erfassung des eventuell primär geschädigten Organs im endokrinen System nicht sicher erkennen (Arbeiten aus Rilles Leipziger Klinik weisen auf die Hypophyse, Friebos auf den besonders häufigen Abbau der Thyreoidea). Bei den Wirkungen organotherapeutischer Präparate ist die ergotrope Quote im allgemeinen zu würdigen. Schilddrüsenpräparate wirken über den Weg des Stoffwechsels, auch ohne daß die Thyreoidea unterfunktioniert.

Friebos-Rostock: In 50% wird dabei Thyreoidea abgebaut und kann man dann Thyreoideapräparate anwenden, Erfolge erzielt man nur bei frischen Fällen, meist nur für einige Zeit. Bei Sklerodermie bestehen wohl pluriglanduläre Insuffizienzen.

Frühwald-Leipzig: Unter den mit Erfolg behandelten Fällen von Rosazea waren keine klimakterischen Frauen. Er betont nochmals, daß er keine ätiologischen Folgerungen ziehen, sondern bloß zeigen wollte, wie durch ausgedehnte Untersuchungen vielleicht nähere Aufschlüsse gewonnen werden könnten.

(Schluß folgt.)

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Urogenitalapparat.

c. Hoden, Samenbläschen, Prostata.

Bericht über die Steinachsche Operation im Greisenalter und bei vorzeitiger Senilität (A Report on the Steinach Operation in Senility and Premature Senility), von Abr. L. Wolbrast-New York. (New York m. J., 1922, Bd. 115, Nr. 9., S. 543.) Resultate bei 7 Patienten im normalen und 5 im prämaturen Senium (zwischen 40 und 52), letztere hauptsächlich mit Impotenz. Hier war eine Anregung der sexuellen Funktion zu verzeichnen, während ein gleicher Erfolg bei der anderen Gruppe ausblieb, bei der sich der günstige Einfluß der Operation in beträchtlichem Wohlbefinden und Verminderung des Blutdruckes zeigte. Bei ihrer Gefahr- und Schmerzlosigkeit erscheint die Operation in einschlägigen Fällen empfehlenswert, und zwar bei jüngeren Leuten einseitig. E. Levin-Berlin.

Radium bei Krebs der Vorsteherdrüse (Radium in Cancer of the Prostate. A Report of two Hundred and seventeen cases), von Herman C. Bumpus-Rochester. (J. Am. m. Ass., 1922, Nr. 18, S. 1374—1376.) Verf. bringt eine Zusammenstellung von 217 mit Radium behandelten Fällen, die in den letzten 7 Jahren am Mayo-Hospital beobachtet wurden. Von vornherein wurden alle die Fälle ausgeschlossen, die röntgenographisch Metastasen des Prostatakrebses in Brust, Wirbelsäule oder Becken zeigten (etwa $^1/_3$) Dazu kamen die Fälle, die mit Störungen der Nierenfunktion einhergingen. Als Vergleichswert für die Behandlungsmethode gegenüber den ohne Radium behandelten Fällen diente die Lebensdauer unbehandelter Fälle vom Auftreten der ersten Symptome der Krankheit bis zu ihrem tödlichen Ausgang (dazu 2 Tabellen). Im Durchschnitt haben die unbehandelten Fälle noch 10 Monate nach Entdeckung ihres Leidens gelebt. Die erste Gruppe der behandelten Fälle wurde von der Harnröhre und dem Mastdarm behandelt, indem bougieartige Instrumente (Abbildung), die die Radiumkapsel trugen, eingeführt wurden. Bei der zweiten Gruppe fand die Behandlung vom Damm aus statt, indem radiumhaltige Nadeln direkt in die Geschwulst eingestoßen wurden. Die Behandlung der dritten Gruppe geschah mittels Kombination der beiden genannten Methoden. 40 völlig durchbehandelte Kranke der Gruppe I blieben durchschnittlich noch 17 Monate nach der Behandlung am Leben, 27 der Gruppe II durchschnittlich 14 Monate und 127 der Gruppe III durchschnittlich 1 Jahr. Es ergab sich, daß nur bei einem Viertel aller Patienten mit einer verlängerten Lebensdauer bei Radiumbehandlung gerechnet werden kann. F. Quasig-Hamburg.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Harnuntersuchung als Index für Nierenerkrankungen (Urine Examination as an Index of Renal Disease), von Harold W. Jones-Philadelphia. (New York m. J., 1922, Bd. 115, Nr. 9.) Die gewöhnliche Harnuntersuchung genügt nicht, sie muß mit den Funktionsprüfungen verbunden werden. E. Levin-Berlin

Infektion der Niere (Infection of the Kidney), von William C. Quinby-Boston. (New York. J., 1922, Bd. 115, Nr. 9.) Ausführungen über die große Bedeutung der frühzeitigen Erkennung und Behandlung der Niereninfektionen, die, gleichgültig ob akut oder chronisch, hämatogen oder aszendierend, stets sekundär nach einem außerhalb der Niere gelegenen Herde sind. E. Levin-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Gestorben: Dr. Robert D. Mc Arthur, emeritierter Professor der Dermatologie und Syphilis an der Chicago Policlinic. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.“) ist ohne Genehmigung des Verlages nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

9. Dezember 1922 | Nr. 49 | Band 75

Aus der Universitäts-Klinik für Dermatologie und Syphilidologie in Wien
(Vorstand: Hofrat Prof. Dr. G. Riehl).

Die Allgemeinexantheme bei Mikrosporie: Mikrosporide[1]).

Beobachtungen bei der derzeitigen Mikrosporieepidemie in Wien.

Von

Prof. Dr. L. Arzt, Assistent der Klinik.

Der Weltkrieg und auch die besonderen Verhältnisse der Nachkriegszeit haben, wie ja aus den Publikationen der letzten Jahre hervorgeht, wesentliche Umgestaltungen auch in unserem Spezialfach Dermatologie hervorgerufen. Ganz besonders waren es die Hyphomykosen, deren gehäuftes Auftreten in direktem oder indirektem Zusammenhang mit dem Kriege vielfach beobachtet wurde. Während aber unter den Pilzerkrankungen die parasitäre Bartflechte schon während des Krieges die Aufmerksamkeit der militärischen und zivilen Sanitätsbehörden auf sich lenkte, der Favus unter manchen Formationen der verbündeten Armeen am Balkan eine größere Ausbreitung erlangte und zu einer Vereinigung der Favuskranken in eigene Formationen führte, kamen in den Nachkriegsjahren, vielleicht teilweise bedingt durch die zahlreichen Kinderaustauschaktionen, der Herpes tonsurans trichophyticus capillitii, ganz besonders aber die Mikrosporie zur gehäuften Beobachtung. So ist in der Literatur der letzten Jahre, um nur einige Beobachtungen zu zitieren, von Buschke und Fischer die Mikrosporie in epidemischer Form in Berlin, von Klemeth in Hannover, von Specht in Essen gefunden worden. Vielleicht etwas später als im Reiche lenkte die Mikrosporie in Wien die Aufmerksamkeit auf sich und war es neben Stein aus der Klinik Finger, der in den letzten Jahren einen aus der Schweiz eingeschleppten Mikrosporieherd in Wien feststellte, gerade unsere Klinik, welche sich nun fast ununterbrochen seit dem Zusammenbruch — allerdings bis zum Herbste 1921 in sporadischer Anzahl, seither aber ganz kolossal angewachsen — mit dieser Erkrankung beschäftigte. Wenn auch die Mikrosporie vom sozialen Standpunkt aus eine außerordentliche Bedeutung verdient — es sei hier nur auf die Verhältnisse in Paris und die Unsummen, welche die Bekämpfung dieser Hyphomykose schon im Frieden verschlang, hingewiesen —, so würde dieser Umstand allein es doch nicht rechtfertigen, Ihre Aufmerksamkeit

[1]) Vortrag auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte (Sektion Dermatologie), 18. September 1922.

Digitized by Google

zu beanspruchen. Bei den über 250 Fällen von Mikrosporie in Wien aber, die allein wir bisher zu beobachten Gelegenheit hatten, kam im Verlaufe der Epidemie eine so weitgehende Änderung des klinischen Bildes durch besondere Ausprägung der entzündlichen Erscheinungen zur Feststellung, die nicht nur von seiten unserer Klinik betont wurde, sondern auch in der Wiener dermatologischen Gesellschaft, u. a. durch Kyrle, eine Bestätigung erfuhr, daß die klinische Diagnose schlechterdings zur Unmöglichkeit wurde. Aber auch eine weitere Form der Erkrankung, die, bisher wenigstens, bei der Mikrosporie zu den größten Seltenheiten gehörte, wurde von uns in einer Reihe von Fällen festgestellt: Allgemeinerkrankungen und konsekutiv auftretende Allgemeinexantheme. Vor unseren Beobachtungen sind diese nur als singuläre, meist unvollständige Mitteilungen in der Literatur zu finden. So eine Demonstration aus unserer Klinik von Schramek im Jahre 1913, wahrscheinlich durch ein Mikrosporon tierischen Ursprungs bedingt, ein papulöses Exanthem am Stamme bei kerionähnlichen Herden am Kopfe betreffend, und je eine Beobachtung von Markert und Chable bei Audouinischer Mikrosporie.

Da wir nun bereits über ein Dutzend Fälle dieser seltenen klinischen Erscheinungsform der Mikrosporie zu beobachten in den letzten Monaten Gelegenheit hatten, so dürfte es auf Grund dieses Krankenmaterials doch möglich sein, ein wenigstens teilweise abschließendes Bild dieser bisher so seltenen Affektion zu liefern.

Anlehnend an die gewiß sehr nahe verwandte Trichophytie unterscheiden wir eine Mikrosporon-Allgemeinerkrankung, für die wir die Namensbezeichnung Mikrosporose in Analogie zur Trichophytose Sutter gewählt haben. Das auftretende Exanthem, meist lichenoider Form, das sich in der Regel konsekutiv einstellt, bezeichnen wir als Mikrosporid (Lichen microsporicus) in Anlehnung an Blochs Benennung Trichophytid, resp. Lichen trichophyticus. Das klinische Bild dieser Allgemeinerkrankung kam bisher ausschließlich bei Kindern zur Beobachtung, obwohl gleich hier bemerkt werden soll, daß wir lokalisierte Formen der Mikrosporie, als scheibenförmige Plaques auftretend, mikroskopisch und kulturell festgestellt an Stamm und Extremitäten auch bei Erwachsenen, z. B. in der Bauchgegend bei einer Krankenschwester, am Dorsum der Hand bei der Mutter eines mikrosporiekranken Knabens, also bei Personen, die im innigen Kontakt mit erkrankten Kindern sich befanden, beobachten konnten. Wenn auch diese Fälle, wie wir schon einmal betont haben, vielfach Abweichungen von der charakteristischen Form der Erkrankung am Kapillitium bei Kindern vorstellen, sind sie als multiple, ektogen entstandene Körperherde, die mit den Allgemeinexanthemen nichts zu tun haben, aufzufassen.

Trotz aller dieser Abweichungen vom geläufigen Bilde der vollständig reaktionslosen Mikrosporie, ganz besonders jener, die durch stärkere Entzündungserscheinungen bedingt sind, haben wir die typische Entzündungsform tiefgreifender Art, wie sie den Pilzerkrankungen gerade am Kopfe bei Kindern zukommt, das Kerion, eigentlich niemals gesehen. Auf diesen Widerspruch der Häufigkeit entzündlicher Erscheinungen im allgemeinen bei der Wiener Mikrosporieepidemie, dabei das

Digitized by Google

Fehlen der bisher geläufigsten Form in dieser Richtung bei den anderen Hyphomykosen sei besonders hingewiesen. Diese Feststellung erscheint deswegen besonders wichtig, weil ja vor allem Allgemeinexantheme bei anderen Pilzerkrankungen — bei den Trichophytien — mit Ausnahme einiger seltener Fälle (Delbanco, Jessner usw.) sich an vorangehende Kerionformen anzuschließen pflegen. Bei allen 12 kindlichen Fällen von Mikrosporie-Allgemeinerkrankungen — auf die Besprechung der einzelnen Fälle soll verzichtet werden [1]) — bestand eine mikroskopisch und kulturell festgestellte Mikrosporie des Kopfes, deren Bestanddauer von 4 Wochen bis zu 2 Monaten schwankt. Über den Zeitpunkt des Auftretens des Exanthems, bezogen auf das Bestehen der Mikrosporieerkrankung im allgemeinen, ganz besonders der klinischen Erscheinungen der Kopfherde, läßt sich also nichts Sicheres eruieren. Eine epidemiologische Einheit wie eine bestimmte Infektionsquelle, ein familiäres Auftreten der Allgemeinerkrankung — und wir hatten z. B. Gelegenheit, 3 Kinder einer Familie zu beobachten — war in keinem der Fälle zu erheben. Eine Beobachtung soll besonders betont werden, bei der der Lichen microsporicus des Kindes von einer vesiko-pustulösen Form der Mikrosporie am Handrücken der Mutter begleitet war. Das Alter der Kinder betrug 3—11 Jahre, im allgemeinen aber war das Alter von 6—9 Jahren besonders bevorzugt. Das klinische Bild der Kopfmikrosporie war bei diesen Fällen nicht vollständig einheitlich. Zwei Fälle zeigten das bekannte, in gar keiner Weise entzündlich veränderte Bild der reichlich schuppenden Kopfherde. Fünf Fälle wiesen geringgradige Entzündungen in Form von erythematosquamösen Herden auf, in fünf Fällen fanden sich ausgeprägte entzündliche Veränderungen, Pustelbildungen, reichliche Auflagerung von Schuppen und Krusten, ohne jedoch daß es auch in diesen Fällen nur annähernd zu der vom Herpes tonsurans her bekannten Form des Kerion gekommen wäre. Das klinische Bild des nicht juckenden Exanthems war auch nicht in allen Fällen ein und dasselbe. Weitaus überwog die Lokalisation entweder nur am Stamm oder Stamm und Extremitäten. Viel seltener war eine Mitbeteiligung des Gesichtes festzustellen. Neben rein lichenoiden Formen, kleinsten, follikulär gestellten, lebhaft roten Knötchen, fanden sich andere, welche kleinste Bläschen, manche auch, die schon Pustelchen aufwiesen. Ein ausgesprochen ekzemartiges Bild mit der Verschiedenartigkeit der Primäreffloreszenzen und Schuppen- und Krustenbildung wurde eigentlich nur in einem einzigen Falle gesehen. Treten dann die Veränderungen an den seitlichen Partien des Stammes in Plaquesform auf, so ist die Ähnlichkeit mit einem Eczema scrofulosorum eine außerordentlich weitgehende. Zwei Exanthemtypen sind es also, die vielleicht aus den bisherigen Beobachtungen sich ergeben:

1. die lichenoide Form, für welche die Bezeichnung Lichen microsporicus uns besonders zutreffend erscheint, die sowohl den Stamm wie auch — in selteneren Fällen — das Gesicht befallen kann,

[1]) Siehe ausführliche Mitteilung: L. Arzt und H. Fuhs, „Über Allgemeinerkrankungen bei Audouinscher Mikrosporie". Acta dermato-venerolog. (im Druck). Dort finden auch die in der Wien. derm. Ges. in letzter Zeit demonstrierten Fälle Berücksichtigung.

Digitized by Google

durch follikulär gestellte Knötchen, eventuell auch noch durch ebenso angeordnete Bläschen und Pustelchen charakterisiert.

2. der ekzematoide Typus, der, wenn in Plaquesform am Stamm auftretend, sich klinisch außerordentlich schwer — da es sich ja auch ausschließlich nur um Kinder handelt — vom Eczema scrofulosorum abtrennen läßt.

Unter jenen Momenten, welche den Ausbruch der Allgemeinerscheinungen, insbesondere eines Exanthems, bei einer Pilzinfektion begünstigen sollen, finden sich immer wieder die Röntgenbestrahlung und immunbiologische Maßnahmen erwähnt. Alle 12 Fälle waren bereits zum Zwecke der Epilation röntgenisiert, einer bereits im Beginne der Schälkur, alle übrigen befanden sich im allgemeinen 2—3 Wochen nach der letzten Röntgenbestrahlung, trotzdem ist ein entscheidendes Urteil über die ursächliche Bedeutung der Röntgenstrahlen nicht möglich. Trichophytin, einen Mischextraktivstoff aus verschiedenen Trichophytiestämmen — ein wirksames Mikrosporin stand uns damals nicht zur Verfügung —, hatten, wenn wir von einzelnen Injektionen, die bereits längere Zeit vor Auftreten des Exanthems gemacht worden sind, absehen, sechs Fälle erhalten, darunter einige (drei) größere Dosen schon mit der Absicht, eventuell ein Exanthem zu provozieren. Bei allen Fällen war das Trichophytin intrakutan, meist 0,1, in den provokatorischen Fällen in der Dosierung 0,3 verabreicht worden. Fünf Fälle zeigten tatsächlich später ein Exanthem, bisweilen setzte der Ausschlag prompt, innerhalb 24 Stunden nach der Trichophytininjektion, ein. Auch Temperatursteigerungen wurden in fünf Fällen festgestellt, Drüsenschwellungen wurden in zwei Fällen, wahrscheinlich aber mit den entzündlichen Veränderungen der Kopfmikrosporien im Zusammenhang stehend, beobachtet.

Bevor auf den Entstehungsmechanismus der Allgemeinexantheme bei Mikrosporie eingegangen wird, mögen noch jene Untersuchungen Erwähnung finden, welche auf den Nachweis von Pilzelementen sowohl in den Effloreszenzen als auch in der Blutbahn abzielten. Es gelang uns, in Analogie mit den Befunden von Guth, Jessner, Sutter u. a. beim Lichen trichophyticus zum ersten Male mikroskopisch und kulturell in den Exanthemeffloreszenzen des Lichen microsporicus einen Pilznachweis zu erbringen. Beim zweiten beobachteten Falle waren nur am Tage der Aufnahme in zwei Schüppchen von Lichenknötchen der Haut der vorderen Brustseite Häufchen typischer Gonidien mikroskopisch auffindbar. Die Maltoseagarkultur mit Hautschüppchen verlief negativ. In einem Präparat von Schuppen der Lichenknötchen gelang es im Falle 4, sowohl zahlreiche Gonidien als auch vereinzelte, charakteristische, kurz septierte Fäden nachzuweisen. Kulturell war in mehreren der beimpften Maltoseagarröhrchen, mit Effloreszenzenmaterial aber nur aus den ersten drei Tagen des Bestandes des Mikrosporids beschickt, Microsporon Audouini aufgegangen. Ebenso hatte die kulturelle Untersuchung der Fälle VI und VII auf Maltoseagar ein positives Ergebnis. Alle anderen zahlreichen Untersuchungen kultureller Art, nach den Angaben Jessners und Ambrosolis mit aus der Kubitalvene entnommenem Blute angestellt, ergaben auf verflüssigten Maltose- und

Digitized by Google

Glyzerinagarröhrchen trotz serienweiser Durchführung immer ein negatives Resultat. Ebenso war der histologische Pilznachweis in exzidierten Gewebsstückchen uns niemals geglückt. Diese von uns in ätiologischer Richtung erhobenen Tatsachen — in nachstehender Tabelle übersichtlich zusammengestellt — vorausgeschickt, soll nun die Frage der Entstehung der Allgemeinexantheme bei den Hyphomykosen eine Erörterung finden.

Positive Pilzbefunde bei Lichen microsporicus.

Bezeichnung der Fälle	Ergebnis der		
	mikroskopischen Untersuchung	kulturellen Untersuchung	histologischen Untersuchung
Fall II, W. L.	+	−	−
Fall IV, H. M.	+	+	−
Fall VI, K. F.	−	+	−
Fall VII, T. K.	−	+	−

(Schluß folgt.)

Purpura haemorrhagica mit Hämaturie und letaler Lungenblutung nach Neosalvarsanbehandlung.

Von

Dr. Fritz Callomon in Dessau i. A.

In seiner Abhandlung „Syphilisbehandlung durch den praktischen Arzt" betont erst in letzter Zeit wieder Jadassohn (4), daß die Neigung zu Blutungen bei der Salvarsantherapie viel zu wenig bekannt sei und daß solche Blutungen zu letalem Ausgang führen können. Folgende Mitteilung bringt einen neuen Beitrag zu den Vorkommnissen schwerer Haut-, Schleimhaut- und Organblutungen nach Neosalvarsandarreichung. Wie selten auch ihr Auftreten im Verhältnis zur überaus großen Menge anstandslos vertragener Injektionen ist, so muß schon der Hinweis auf die wichtigsten Veröffentlichungen der letzten drei Jahre die ernste Bedeutung der Nebenwirkung erkennen lassen.

Jüngst erst hat Jarecki (5) über Purpura nach einzeitiger Sublamin-Neosalvarsanbehandlung berichtet; er nimmt Bezug auf die englische Mitteilung von Anwyl-Davies (7), dessen Kranke nach längerer Hg- und anschließender Salvarsanbehandlung zuerst Anschwellung der Füße, Gliederschmerzen, allgemeine Rötung der Körperhaut, acht Tage später petechiale Hautblutungen, besonders an den Beinen, bekam. Freilich war ein ausländisches Fabrikat gebraucht worden („Novarsenobillon", Marke Billon). Moore und Keidel (8) melden 1921 schwere Blutveränderungen mit Dermatitis exfoliativa, Purpura, Stomatitis haemorrhagica et ulcerosa und Ikterus im Laufe einer Neosalvarsankur. Zwei französische Beobachtungen von Leredde (9) verzeichnen Blutaustritte der Haut und Mundschleimhaut, auch Zahnfleisch- und Nasenbluten nach „Novarsenobenzol". Vill (3) beschreibt zwei tödlich endende Fälle von Haut- und Schleimhautblutungen mit Knochenmarkschädigung und schwerer Blutveränderung bei kombinierter Hg-Salvarsan-

Digitized by Google

Kollargolbehandlung, wobei er aber die entscheidende Rolle dem Kollargol zuteilt. Wöhlisch (2) schildert schwere Hämorrhagien während Neosalvarsanbehandlung bei einem Hämophilen. Kuznitzky und Frl. Fuchs (10) berichten 1921 über das schon früher von Weinberg u. a. gemeldete Vorkommen heftiger Genitalblutungen bei Frauen nach jeder Salvarsaninjektion; eine ähnliche Beobachtung von Metrorrhagie fügt neuerdings Gerhard Leder (11) hinzu und erbringt den Nachweis starker Verminderung der Blutplättchenzahl während der Uterusblutung, sowie ihres Wiederanstiegs nach deren Aufhören, ihres erneuten Sinkens nach nochmaliger Einspritzung von Neosalvarsan.

Das Vorkommen von Meno- und Metrorrhagien im Verlaufe von Salvarsanbehandlungen kann ich aus eigener mehrfacher Beobachtung bestätigen und möchte den Fällen von Kuznitzky und Fuchs (10) wenigstens folgende charakteristische Feststellung anschließen:

25jähr. frischsyphilitische Frau mit früher stets regelmäßiger Menstruation von dreitägigem Typus und normalem Genitalbefund menstruiert während der ersten Hg-Salvarsankur (6. II. bis 8. IV. 1922) zweimal; beide Male klagt sie über auffallend starke Menses von der ihr ganz ungewohnten Dauer von acht Tagen und starker Heftigkeit. Nach Ablauf der Kur sofort wieder wie früher dreitägige Menses. WR nunmehr negativ; prophylaktische Wiederholungskur (21. IX. bis 2. XI.): die in diesem Zeitraum fallende Menstruation wieder sehr heftig und volle acht Tage anhaltend. Der Diskussionseinwand Werthers (Kongreßbericht, Hamburg), daß in solchen Fällen an Endometritis syphilitica zu denken sei und dem Salvarsan nur eine provozierende, nicht direkt schädigende Rolle zukomme, dürfte mindestens für eine derartige wiederholte Beobachtung bei zwei Kuren mit normalem Intervall ausschalten.

Besondere Bedeutung für das Studium der Blutungen hat die Arbeit Gorkes aus der Minkowskischen Klinik in Breslau (1) gewonnen. Hier werden drei, davon zwei tödliche Vorkommnisse von skorbutoidem Morbus Werlhofii im Anschluß an antisyphilitische Behandlung mit eingehenden klinischen, hämatologischen und pathologisch-anatomischen Beiträgen zur Pathogenese der Blutungen bekannt gegeben. Gorke schließt mit dem Hinweis auf die Notwendigkeit weiterer einschlägiger Mitteilungen aus dem Erfahrungsbereiche der Dermatologen. Unsere Beobachtung zeigt mit der Schilderung Gorkes zwar große Ähnlichkeit in den klinischen Erscheinungen, weist aber neben Besonderheiten des Obduktionsbefunds wichtige Unterschiede im Verlauf und ganz besonders im Blutbild auf.

N. N., 25jähr. kräftiger Mann, infiziert sich etwa Mitte Februar. Befund am 23. III.: Ulcus-molle-Narbe der Glans, linsengroßer erodierter Primäraffekt am Praep. int., Scleradenitis ing. d. indolens. Dunkelfeld: keine Spirochäten (Vorbehandlung: örtlich Kalomel). WR ++++. Urin: kein Alb., klar. Organe o. B.

23. und 26. III. je 0,05 Hydr. salic.; beschwerdelos vertragen.

26. III. zugleich Neosalvarsan 0,15; am selben und den folgenden Tagen bestes Wohlbefinden. 29. III.: Haut keinerlei Exanthemspuren. Hydr. salic. 0,1.

3. IV.: Bisher ungestörtes Allgemeinbefinden; P.-A. fast überhäutet. Hydr. salic. 0,05; hiernach Neosalvarsan 0,3. Noch am gleichen Tage stellt sich Pat. wegen „kleiner roter Punkte" an den Beinen vor. 3. IV. Befund: Punktförmige kapilläre Blutungen an beiden Ober- und Unterschenkeln (bes. Streckseiten), vereinzelte an Unterleib und linker Schulter, Wangen- und Gaumenschleimhaut. Am linken Arme, wo die Stauungsbinde vor der Injektion gelegen hatte, kein Blutaustritt. Temp. normal. Urin frei von Eiweiß, normal gefärbt. Hg-Neosalvarsan ausgesetzt. Bettruhe anbefohlen; doch fühlt sich Pat. so wohl, daß er einen geplanten Nachmittagsausflug macht.

6. IV.: Neben den älteren, in Rückbildung begriffenen sind neue, jetzt nicht nur punktförmige, sondern auch fleckige, ja kontusiforme Extravasate an Beinen, Oberarmen, Stamm sichtbar. Seit dem vorherigen Tage Halsschmerzen. Schleimhaut: Petechien der Zungen- und Wangenschleimhaut; Uvula stark verdickt, tiefblutigrot; rechtes Gaumensegel vorgewölbt, deutlich den submukösen Bluterguß durchschimmern lassend. Urin leicht rötlich; Hellersche Blutprobe positiv; kein Alb.

Digitized by Google

6. IV. abends 8 Uhr: Starke Blässe des Gesichts und der Konjunktiven; Schwächegefühl. Temp. 39,8. Sensorium völlig frei; Euphorie. Erhebliche Schling- und Sprecherschwerung, Sprache guttural. Uvula unförmlich geschwollen, Velum weit vorgewölbt, tiefrot. Nekrotische, graugelbe bis weißliche Beläge auf Tonsille und Gaumenschleimhaut; Foetor ex ore. — Eis, Bettruhe, Hochlagerung.

7. IV. morgens: Temp. 38,5. Urin (Nacht) rötlich. Atmung behindert. Festhaftende Beläge im Rachen, nach der Uvula zunehmend. Neue Hautblutungen aller Größen. Milz kaum palpabel, Lebergrenzen regelrecht, Lungen frei, Herzaktion beschleunigt, Puls mittelkräftig, 120.

Wegen zunehmender Erstickungsgefahr Verlegung ins Krankenhaus (Inn. Abt., Chefarzt Dr. E. Meyer). Aus dem mir gütigst zur Verfügung gestellten Krankenblatt, für dessen Überlassung — ebenso wie für alle Auskünfte — ich auch hier danken möchte, sei über Weiterverlauf und Ende folgendes entnommen:

7. IV. mittags: Hintere Rachenwand durch submukösen Bluterguß „prall wie eine große Kastanie", kuglig vorgewölbt; die untere Partie der Schwellung greift auf den Schlundeingang über. Platzen der exzessiv gespannten Schleimhaut steht zu befürchten. Bei Bewegung Lufthunger, in Ruhelage freiere Atmung. Instrumentarium für Tracheotomie und Blutstillung in Bereitschaft.

Lunge und Herz o. B., Puls noch befriedigend, 140.

Milz: soeben palpabel, druckempfindlich; Leber o. B.

Urin: Eiweiß $^{9}/_{10}$ Esbach; klar, durchsichtig. Sediment: Leukozyten, Erythrozyten, hyaline und granulierte Zylinder.

Blut: 3,9 Mill. rote Blutkörperchen, 10000 weiße im cmm; Hämoglobin 60. Im gefärbten Präparat nur selten ein kernhaltiges rotes Blutkörperchen; keine Poikilozytose; Blutplättchen reichlich vorhanden, in erkenntlicher Vermehrung begriffen; das Verhältnis der weißen Blutkörperchen untereinander nicht verschoben. Auch im dicken Tropfen keine Malaria- oder Blutparasiten. Temp. 39,3. Rektale Ernährung. Gelatine dauernd. Abends: Status idem, Temp. 40, Puls klein, 136.

8. IV. morgens: Am ganzen Körper neue Blutungen. Sehr blasse Gesichtsfarbe, hochgradige Mattigkeit. Leber: fingerbreit unter dem Rippenbogen, druckempfindlich. Atmung etwas freier. Temp. 39,3, Puls 136, regelmäßig. Stuhl normal, ohne Blutbeimengung. — Nachmittags: Weitere Hautextravasate; Augenhintergrund: kleine kapilläre Blutungen, besonders links deutlich. Urin: Hellersche Blutprobe stark positiv; im Sediment rote Blutkörperchen, granulierte Zylinder. Lungen: Über beiden Unterlappen Schallverkürzung, keine Rasselgeräusche. Temp. 39,6; Puls 140, mäßig gespannt.

10 Uhr abends: Das Befinden war weiter das gleiche. Plötzlich wird der Kranke sehr blaß, Atmung steht still; bald auch Aussetzen des Pulses. Der sofort anwesende Arzt kann nur den Tod feststellen.

9. IV.: Obduktion (Chefarzt Dr. Meyer): Sektion nur in beschränktem Maße gestattet, soweit zur Feststellung der direkten Todesursache dringend erforderlich; Hirnsektion ausdrücklich untersagt. Befund: Blutaustritte aller Größen überall in und unter der Haut; unterminierendes Hämatom der Rachen- und Gaumenschleimhaut mit nekrotisierenden Partien der Uvula und des weichen Gaumens. Herz: Bei Eröffnung des Herzbeutels ein Eßlöffel blutig gefärbten Inhalts; im viszeralen und parietalen Blatt viele kapilläre Blutungen; ebensolche im Herzmuskel. Pleura: Allenthalben kleine Blutaustritte. Lungen: Oberlappen: Viele kleinere und größere Blutungen im Parenchym; im Mittel- und Unterlappen beiderseits, dieselben vollständig einnehmend, exzessive Blutungen ins interstitielle Gewebe. Milz: Deutlich vergrößert, mit vielen Blutaustritten in Kapsel und Pulpa; Konsistenz weich. Leber: Zahlreiche Hämorrhagien. Nieren: Beiderseits zahlreiche Blutungen in der Rindensubstanz. Blasenschleimhaut: Viele Blutaustritte. Darmschleimhaut: Frei von Blutungen.

Die mikroskopische Untersuchung von Lungenteilchen läßt nirgends entzündliche oder Gefäßveränderungen, auch keine Thrombosen erkennen; überall finden sich nur im interstitiellen Gewebe die Blutaustritte.

„Diese Blutungen ins Lungengewebe haben die Atmung ausgeschaltet und dadurch den Tod bedingt."

Zusammengefaßt: Ein vollkräftiger, 25jähr. Mann mit frischer wassermann-positiver Lues erhält 0,15 und nach acht Tagen 0,3 Neosalvarsan, dazu im ganzen 0,25 Hydr. salic., und geht binnen weniger Tage unter dem Bilde des schwersten Morbus Werlhofii mit Haut- und Schleimhaut-

Digitized by Google

blutungen, nekrotisierender Angina und Hämaturie an einer akuten diffusen Lungenhämorrhagie zugrunde.

Daß dieser Symptomenkomplex kein zufälliges Syndrom, sondern die unmittelbare Folge einer Arzneiintoxikation darstellt, unterliegt keinem Zweifel. Dahingestellt bleibe, ob die zur Behandlung nötigende Luesinfektion — trotz Fehlens klinischer oder pathologisch-anatomischer Hinweise und trotz des nur 7 bis 8 Wochen umfassenden Ansteckungsintervalls — in der Verkettung der zum Tode führenden Umstände irgendwie mitgewirkt haben könnte. Alle Erfahrungen zwingen zu dem Schluß, daß die entscheidende Wirkung vom Neosalvarsan ausging. Zwar besitzt sowohl das Quecksilber wie das Arsen die Eigenschaft eines Gefäßgiftes. Doch wenn es auch denkbar ist, daß das nebenher gereichte Hg die Blutungsbereitschaft bei schon vorhandener Salvarsanempfindlichkeit vielleicht erhöht hat, so weisen auf direkte Hg-Schädigung keine sonstigen Momente hin — weder Enteritis, noch Gingivitis, noch Erythem. Weitgehende Übereinstimmung der Krankheitsanzeichen hingegen ergibt der Vergleich mit den Schilderungen von Moore und Keidel (8), Vill (3) und Gorke (1), besonders mit dessen erstem Falle, für den der Nachweis einer reinen Salvarsanschädigung erbracht ist: Stomatorrhagien, Angina necroticans, Hautblutungen, zunehmende Blässe.

Hinzu kam bei Moore und Keidel (8) Ikterus und — dem Purpuraausbruch vorausgehend, ebenso wie bei Anwyl-Davies (7) — eine allgemeine Rötung der Haut. Wichtig sind Gorkes Befund schwerer Knochenmarksschädigung mit „gelblichbrauner Verfärbung in Röhrenknochen und Brustbein" und „nur kleinen Areolen von rotem Mark", sowie mit im Ausstrich nachweisbarer Schädigung der Erythroblasten und Myelozyten, Fehlen der Megakaryozyten („Mutterzellen" der Blutplättchen) und Überwiegen kleiner Lymphozyten. Vill (3) gibt ähnliche Befunde.

Leider konnte die — wie erwähnt — nur in beschränktem Umfange erlaubte Obduktion den Zustand des Knochenmarks bei unserem Patienten nicht klarstellen. In ausgiebiger Weise aber war die Autopsie an den Brust- und Bauchorganen möglich. Leber, Milzkapsel und -pulpa, Perikard und Herzmuskel, Pleura und Lungen, Nieren und Blasenschleimhaut, Mund- und Rachenschleimhaut sowie äußere Haut — in vivo auch der Augenhintergrund — zeigten überall Blutaustritte aller Abstufungen: im Rachen intra vitam zur Erstickungsgefahr und örtlichen Nekrose führend, an den Lungen in den Unterlappen einsetzend und im Fortschritt über die Mittel- und den größten Teil der Oberlappen in kürzester Zeit durch Atmungsausschaltung den Exitus bewirkend. Histologisch war das Bild einer ausgeprägt interstitiellen, diffusen kapillären Blutung ins Lungengewebe ausgeprägt, ohne entzündliche und ohne Gefäßveränderungen in den untersuchten Stücken, ganz auf ein Zustandekommen der Blutung per diapedesin hinweisend. Sicher feststellbar war Milzvergrößerung, bei der an eine Mitwirkung der Lues vielleicht zu denken wäre; Malaria kam nach Anamnese und Blutbefund nicht in Betracht. Das klinische Bild wurde kompliziert durch die schwere, zuerst schubweise auftretende Hämaturie, zuletzt mit den Anzeichen der akuten hämorrhagischen Nephritis. Unbeteiligt schien nur die Darmschleimhaut. — Der Blutbefund wird später genauer zu erörtern sein.

Auf die Pathogenese der Salvarsanpurpura braucht im Rahmen dieser Mitteilung nicht eingegangen zu werden; der Stand unserer Kenntnis

Digitized by Google

wird ausführlich bei Gorke (1), auch Jarecki (5), Leder (11) u. a. dargelegt. Doch muß auf die zuletzt von Leder (11) kurz wiedergegebene Klassifizierung in zwei Gruppen Bezug genommen werden, entsprechend der Einteilung der Purpuraerkrankungen durch Glanzmann (12): eine Werlhofgruppe, in der die Fälle von Frankscher Aleukia haemorrhagica mit schweren Blutveränderungen — besonders Thrombopenie — und Knochenmarksschädigung (wie bei Gorke, Vill u. a.) vorherrschen und als deren Schulbeispiel die Benzolvergiftung gilt — und eine „anaphylaktoide" bzw. „angiopathische" Gruppe mit Gefäßschädigungen, sei es des Endothels oder der Kapillarwand, sei es der Gefäßnerven mit Änderungen des Gefäßtonus (im Sinne der Versuche von Ricker und Knape (13)).

Auch sei kurz hingedeutet auf die Verwandtschaft der zu Gruppe II gehörigen Blutungen mit den bei Gehirntod nach Salvarsan nachweisbaren Hämorrhagien der ödematösen Hirnsubstanz („Encephalitis" haemorrhagica — besser „Hirnpurpura").

Schwierigkeiten ergeben sich, wenn wir unsere Beobachtung in eine der Gruppen einzugliedern suchen. Folgen wir genauer dem Einteilungsprinzip Glanzmanns, und zwar mit Benutzung der tabellarischen Übersicht, die Werner Schultz (6) in seiner Purpuramonographie gibt, so finden wir in folgenden Punkten Analogie mit den Werlhoffällen: Auftreten in völligem Wohlbefinden (ohne allgemeine Begleitsymptome), Euphorie, zuerst kein Fieber, doch sekundär nach umfangreichen Blutungen, neben den Petechien größere „Blutflecken", Stomatorrhagie, Hämaturie. Ganz wesentliche Abweichungen von diesem Typ aber zeigt das Blutbild; hier fehlen Thrombopenie und Leukopenie.

Gorke (1) vermerkt starke Verminderung der Erythrozyten, Fehlen von Poikilozytose, hochgradige Neutropenie mit relativer Lymphozytose und auffallende Verringerung der Blutplättchen; Vill (3) ebenfalls Herabsetzung der Erythrozyten und Thrombozyten bei gleichzeitiger Leukozytose und „Ausschwärmung von Frühformen". Stellen wir den Blutbefund unseres Kranken demgegenüber, soweit er während des nur 33-stündigen Krankenhausaufenthalts ermittelt werden konnte, so zeigt sich: nicht so starke, wennschon deutliche Verminderung der Erythrozytenzahl, gleichfalls Fehlen von Poikilozytose, aber keine Thrombopenie, Plättchen sogar reichlich vorhanden und in erkennbarer Vermehrung, hingegen nur selten ein kernhaltiges rotes Blutkörperchen im gefärbten Ausstrich, das Verhältnis der weißen untereinander nicht verändert.

Bei der Beurteilung dieser Gegensätze wird in erster Reihe die Verschiedenheit des Verlaufs zu berücksichtigen sein. Doch obgleich nicht abzusehen ist, wie sich bei Fortdauer der Erkrankung das Blutbild weiter gestaltet hätte: fest steht, daß bereits nach Eintritt schwerer Blutungen — vier Tage nach der letzten Salvarsangabe — keine Verringerung, sondern eher eine leichte Vermehrung der Blutplättchen deutlich war. Zu der für die nächsten Tage festgesetzten systematischen Auszählung ist es leider bei dem unvorhergesehen, nach $1^1/_2$ tägigem Krankenhausaufenthalt jäh erfolgten Ende nicht gekommen. Jedenfalls aber deutet der ermittelte Blutbefund — auch hinsichtlich des Verhaltens der Leukozyten — durchaus nach der anaphylaktoiden Gruppe hin, für die nach Glanzmann (12) im allgemeinen nicht eine Verminderung, sondern eher eine Vermehrung der Plättchen kennzeichnend ist. W. Schultz (6) glaubt freilich in der höheren oder niedrigeren Blutplättchenzahl allein überhaupt keinen zuverlässigen Anhalt für den etwaigen anaphylaktoiden Charakter erblicken zu dürfen.

Digitized by Google

Somit haben wir im Gegensatze zu Gorkes Fällen von aplastischer Anämie, die G. als „Aleukia haemorrhagica arsenobenzolica" besonders heraushebt, das Bild einer athrombopenischen, anaplastischen Purpuraform vor uns, die im klinischen Symptomenkomplex weitgehend mit den Werlhoffällen übereinstimmt. Der Fall steht in der Schwierigkeit der Rubrizierung nicht vereinzelt da; auch Leder (11) spricht von der Möglichkeit von Grenzfällen: er hatte — umgekehrt — einen der angiopathischen Gruppe entsprechenden Symptomenkomplex zu verzeichnen, bei dem eine gleichzeitige Thrombopenie nach der Werlhofgruppe zu deuten schien. So ist unsere Beobachtung ein Beleg dafür, daß ein und dasselbe toxische Agens — hier das Neosalvarsan — verschiedenartige Formen der hämorrhagischen Diathese auszulösen vermag.

Zum Schlusse einige Bemerkungen über die Salvarsandosen, die bisher zum Purpuraausbruche geführt haben. Sie werden sehr verschieden angegeben; meist sind sie recht erheblich:

Bei Moore und Keidel (8) wurde trotz prämonitorischen Auftretens einer flüchtigen Körperrötung mit Fieber nach den ersten Einspritzungen weiter Neosalvarsan gegeben. Anwyl-Davies (7) injizierte nach längerer Hg-Behandlung siebenmal Neosalvarsan (0,45—0,75); nach der achten Spritze (0,75) Eintritt der Purpura. Jarecki (5) gab 0,45, dann fünfmal 0,6 Neosalvarsan einzeitig mit Sublamin (0,015—0,03) und erhielt die ersten Hämorrhagien nach der siebenten Mischspritze (0,6 + 0,03); in der Annahme einer Hg-Intoxikation gab er später nochmals 0,45 und provozierte dasselbe Bild. Gorkes (1) Kranke hatte bei früherer kombinierter Kur schon Hg-Erscheinungen (Stomatitis, Enteritis), doch keine Blutungsbereitschaft gezeigt, bekam deshalb das nächste Mal nur Salvarsan (im ganzen 2,85) und erlag der mit Menorrhagie einsetzenden hämorrhagischen Aleukie. Auch Vills (3) Todesfälle sind zweifellos letzten Endes als Salvarsanfolge anzusehen, nicht — wie Vill vermutet — in erster Reihe als Kollargolwirkung; hier hatten zwei jugendliche weibliche Kranke mit Lues und Gonorrhoe gleichzeitig bzw. kurz nacheinander drei differente Heilmittel durch längere Zeit erhalten.

Demgegenüber beansprucht unser Fall eine Sonderstellung: genügt doch die geringe Gabe von 0,15 und 0,3 Neosalvarsan in achttägigem Intervall bei einem vollkräftigen Manne zur Auslösung der Katastrophe! Nur eine ganz besondere Empfindlichkeit gegen Salvarsan kann die Erklärung geben[1]). Auf Befragen gab Patient an, nie vorher an besonderer Neigung zu Blutungen (Epistaxis, Hämorrhoidalblutung) gelitten zu haben — das sei mit Rücksicht auf die von Frank für die Werlhoffälle mit Aleukie mehrfach ermittelte Tatsache schon vorher offenkundiger Blutungsneigung erwähnt. Ob und wieweit auch bei athrombopenischer Purpura die im Salvarsan enthaltene Benzolkomponente (vgl. bei Gorke) toxisch mitgewirkt haben könnte, bleibe dahingestellt; der erhobene Blutbefund spräche wohl eher dagegen.

Gorke schließt seine Schilderung mit dem Hinweis, daß nur durch sofortiges Aussetzen des Heilmittels die Erkrankung aufgehalten werden könne. Der mitgeteilte Fall beweist, wie auch dann das Verhängnis nicht abwendbar ist; vorbeugende Maßnahmen stehen uns überhaupt nicht zu Gebote. Nur die möglichst frühzeitige Erkennung der allerersten Erscheinungen kann und muß angestrebt werden, um wenigstens niemals

[1]) Die verwendeten Röhrchen entstammten einer sonst einwandfrei vertragenen Fabrikationsnummer.

Digitized by Google

zu spät die Behandlung abzubrechen. In dieser Erwägung empfiehlt schon Bering (14) zur Vermeidung der Salvarsandermatitis, jeden Kranken vor jeder neuen Infusion auf die Anfänge eines toxischen Exanthems hin zu untersuchen.

Literatur.

1. Hans Gorke, Auftr. v. aplast. Anämie nach Salv. M. m. W., 1920, Nr. 43. — 2. Edgar Wöhlisch, Unters. über Blutgerinnung II. M. m. W., 1921, Nr. 30. — 3. G. Vill, Über Haut- und Schleimhautblutungen mit Knochenmarksschädigung usw. M. m. W., 1921, Nr. 52. — 4. Jadassohn, Syphilisbehandl. durch den prakt. Arzt. D. m. W., 1922, Nr. 1. — 5. M. Jarecki, Purpura nach Neosalvarsaninjektion. D. m. W., 1922, Nr. 35. — 6. Werner Schultz, Die Purpuraerkrankungen. Ergebn. der Inn. Med. u. Kinderheilk., 1919, Bd. 16. — 7. Thomas Anwyl-Davies, Haemorrhagic Purpura Following usw. Brit. J. of Derm., 1921, Bd. 33, Nr. 71. Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschl., Bd. 2. — 8. Joseph Earle Moore and Keidel, Stomatitis and Aplastic Anemia usw. Arch. of Derm., 1921, Bd. 4, Nr. 2. Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschl., Bd. 3. — 9. Leredde, Rev. génér. de clin. et de thérap., 1919, Nr. 3 (zitiert nach Gorke (1)). — 10. Kuznitzky und Fuchs, Verh. d. Deutschen Derm. Ges., 12. Kongr. (Hamburg), Arch. f. Derm., Bd. 138. — 11. Gerhard Leder, Salvarsan und Blutplättchen. M. Kl., 1922, Nr. 48. — 12. E. Glanzmann, Beitr. zur Kenntnis d. Purpura im Kindesalter. Zit. nach Werner Schultz (6). — 13. Ricker und Knape, zit. nach Wöhlisch (2). — 14. Bering, Verh. d. Deutschen Derm. Ges., 12. Kongr. (Hamburg), Arch. f. Derm., Bd. 138, S. 236 oben.

Versammlungen.

87. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte.

Hundertjahrfeier.

Leipzig, den 17.—24. September 1922.

Abteilung 26: Dermatologie und Syphilidologie.

Bericht von F. Weiler-Leipzig.

(Schluß.)

5. Sitzung am 22. September, nachmittags.

Vorsitzender: Pinkus-Berlin.

Rille-Leipzig demonstriert 1. zwei Fälle von **Syringozystadenom**;

2. ein 23jähr. Mädchen mit **Monilethrix** von hochgradiger Intensität, seit 16 Jahren in seiner klinischen Beobachtung; am Hinterkopf und Nacken die ganze Zeit hindurch ausgedehnte Lichen-pilaris-Knötchen;

3. einen 34jähr. Versicherungsbeamten mit **Lichen ruber acuminatus** (Pityriasis rubra pilaris);

4. zwei Fälle von **Darierscher Krankheit**;

5. einen 17jähr., seit 15 Jahren in klinischer Beobachtung stehenden Arbeitsburschen mit **Keratoma palmare et plantare hereditarium**;

6. einen 75jähr. Mann mit hochgradiger **idiopathischer Hautatrophie** beider Hände und Vorderarme, kombiniert mit sehr ausgedehnten knotigen und streifenförmigen Indurationen;

7. zwei Fälle von sogenannter **Erythrodermie congénitale ichthyosiforme avec Hyperépidermotrophie**, davon er den einen noch vor Kenntnis von Brocqs Publikation 1903 in der Leipziger Med. Gesellsch. und 1904 am internat. Dermatologenkongresse in Berlin unter dem Namen **Keratosis rubra congenita (cum Hypertrichosi)** als von der Ichthyosis abzutrennende selbständige Keratose demonstriert hatte. Als unterscheidende Merkmale gegenüber der vulgären Ichthyosis hebt R. hervor: 1. Lokalisation (größte Intensität an Axilla, Ellenbeuge, Hals und Nacken), 2. Akanthose, 3. nie fehlende Hyper-

Digitized by Google

trichose, 4. Rötung, 5. Blasenbildung, 6. Seborrhoea capillitii, 7. Mauserung. Dieser seltenen, von R. schon in vier Fällen beobachteten Keratosisform reihen sich

8. zwei ihr in prinzipieller Beziehung nahestehende Fälle einer weiteren wohl bislang unbekannten **Keratose** an. Bei einer 20jähr. Landwirtstochter an Kinn, Wangen und Nase, sowie an Hals, Brust, Oberarmen und oberer Rückengegend verschieden große hellrote, landkartenartig begrenzte Flecke. Von den Mammae an bis zur Symphyse, an den seitlichen Rückenpartien und Oberschenkeln auf gerötetem Untergrunde diffuse violettbraune bis schwarzbraune hornige Auflagerungen, besonders an Körperstellen, die seltener mit Wasser in Berührung kommen, während es dort, wo regelmäßig gewaschen wird, bei den roten Flecken bleibt, die überdies zeitweilig verschwinden. An Ellenbogenhöckern, Handgelenken und Kniekehlen sehr stark vertiefte Furchen und Linien. Haupthaar kräftig entwickelt, ebenso die Lanugobehaarung der Arme und Unterschenkel. Die Erkrankung besteht seit der Geburt. Die Mutter ähnlich affiziert und zeigt außerdem eine an Lappenelefantiasis erinnernde Hypertrophie der Ohrmuschelhaut. Rille schlägt für diese neue Keratose die Bezeichnung **Keratosis rubra figurata** vor.

9. Eine 57jähr. Arbeitersfrau mit **Spieglerschen Endotheliomen.** In der Scheitelgegend vorwiegend rechts bis auf die Schläfe sich erstreckende dicht gedrängte schmerzlose blaßrosa und normal gefärbte, halbkugelige bis tomatenförmige Geschwülste von Haselnuß- bis Faustgröße, zum Teil im Anschlusse an einen Stoß ulzeriert und gangränös. Im oberen Drittel der Außenseite des rechten Oberschenkels etwa 15 in Strichform hintereinander gereihte kleinere Tumoren, solitäre größere unterhalb des Nabels und am Rücken. Dauer angeblich erst seit zehn Jahren.

10. Eine 37jähr. Frau mit **idiopathischer Hautatrophie** vom Typus der sogenannten Erythromelie am linken Handrücken und Vorderarm.

Hesse-Düsseldorf erwähnt einen Fall von gänseeigroßem Tumor am Kopf, der nach zweimaliger Röntgentiefenbehandlung in drei Monaten völlig ausheilte.

Friboes-Rostock weist auf den von E. Hoffmann und ihm beobachteten Fall hin, wo Röntgenbestrahlungen refraktär waren. Bekannt ist, daß die im späteren Leben auftretenden, aus basalzellengleichen Zellen aufgebauten Tumoren im Gegensatz dazu gut auf Röntgenstrahlen reagieren. Offenbar liegt das schlechte Röntgenresultat bei den sogenannten Spieglerschen Fällen an dem Nävuscharakter dieser Tumoren. Zu der einen mit figurierten ichthyotischen Veränderungen behafteten Patientin führt er aus, daß er in seinem Material einen gleichen Fall habe, wo ebenfalls ‚Mauserung' der Hornmassen bestand und wo, wie bei Rilles Fall, unter den Hornmassen die Haut in weichen Leisten oder Kegeln erhaben war ohne pathologischen Befund.

Frei-Breslau: Die ‚Mauserung' bei Erythrodermie ichthyosiforme erfolgt gewöhnlich in der Weise, daß der Rückgang der Erscheinungen im Sommer erfolgt; im Gegensatz dazu trat bei einem eigenen Fall die Besserung alljährlich im Winter ein.

Oelze-Leipzig demonstriert einen 51jähr. Mann ohne Penis mit abgeheiltem **syphilitischem Primäraffekt** am Skrotum. Der Penis wurde durch ein im Alter von 10 Jahren herumgelegtes Gummiband vollständig abgesetzt. P. ist verheiratet, Vater von drei Kindern. Der Primäraffekt befand sich nahe der lochförmig eingezogenen Urethralöffnung.

Kiess-Leipzig: Zur **Naturgeschichte der Krätzemilbe.** Das Material stammt von zwei Fällen von Scab. norwegica, zwei Schwestern von 6 und 8 Jahren, die bisher beobachteten jüngsten Pat. und das erstmalige Auftreten bei Geschwistern. An der Hand von Lichtbildern werden die schon von Gudden festgestellten drei Häutungen bestätigt. Die Milben nach der ersten Häutung besitzen nicht, wie Gudden behauptet, nur 12 Rückendorne, sondern schon 14, und unterscheiden sich von der Milbe der folgenden Entwicklungsstufe neben der geringen Größe und durch die auffallende Kleinheit des vierten inneren Beinpaares. Nach Mégnin sollte diese Entwicklungsstufe überhaupt noch unbekannt sein. Weiterhin kann er die Existenz des schon von Bergh bei den Weibchen gefundenen, aber von Gudden bestrittenen sogenannten brillenförmigen Organs, dessen Funktion unbekannt ist und von Gudden mit rudimentärem Stigmata identifiziert wird, bei allen Entwicklungsstufen bestätigen, ebenso die Existenz der von Gudden beschriebenen Begattungsscheide bei der geschlechtsreifen weiblichen Milbe nach der dritten Häutung, wodurch die Ansicht französischer Forscher, die Begattung fände vor der dritten Häutung statt, sich als irrig erweist.

Kiess-Leipzig demonstriert 1. einen 47jähr. Tapezierer mit seit 1915 bestehender eigenartiger **Papillomatosis (Blastomykosis?).** Das Leiden begann bei dem seit 1918

Digitized by Google

in Beobachtung stehenden Kranken an der Zunge und der Mundschleimhaut mit ausgedehnten flachen Substanzverlusten, Schwellung und bläulichweißer Verdickung; später entstanden an Oberlippe, Kinn und besonders in beiden Achselhöhlen und Genitokruralfurchen sowie Skrotum und Anus an breite Kondylome oder Pemphigus vegetans erinnernde, bilateral symmetrische, stellenweise bis über handtellergroße, stark elevierte, papillär zerklüftete, fötide und eiternde Vegetationen. Herbst 1921 waren auf indifferente Salben und essigsaure Tonerde hin die meisten Stellen mit dunkel graubrauner, in der Perigenitalregion schmetterlingsartiger, glatter, derber Narbe abgeheilt, an deren Rand sich immer noch, ebenso wie am Penis und Skrotum, die beschriebenen, jetzt mehr trockenen Tumoren befanden. Die Zunge wies weiter flache Substanzverluste, Schwellung und Verdickung auf. Während einer Schrothschen Kur im August plötzlich Rezidive an der Peripherie aller Narbenherde und Neueruption trockener, braunroter, zottiger, papillärer, rundlicher und mehr länglicher Vegetationen an allen den Stellen auf den seitlichen Thoraxpartien und dem Rücken, die kurz vorher baunscheidiert worden waren. An Lippen- und Mundschleimhaut straffe Narbenbildung. Zunge verdickt, gewulstet und verkürzt, am Zungenrande Substanzverluste. Im Eiter und in Kulturen Lufthefen, in Schnitten keine Hefen nachweisbar. Diagnostisch kommt in erster Linie die zuerst von Vollmer und vor kurzem von Fantl beschriebene Papillomatosis cutis in Frage, der fehlende Juckreiz, das Nässen, fehlende knollige Tumorenbildung, der histologische Nachweis, daß es sich nicht um Neubildungen rein bindegewebiger, sondern epithelialer Abstammung handelt, ließen jene ausschließen. Für Lues fanden sich keine Anhaltspunkte; WR. — Gegen Pemphigus veget. spricht das völlige Fehlen von Blasenbildung in all den Jahren der Beobachtung. Die Hautschnitte weisen neben ausgesprochener Akanthose in der Kutis und Subkutis meist solide rundliche Nester und ebenfalls solide Stränge auf, die an ihren Rändern zylindrische, nach innen längsovale bis spindelförmige Zellen erkennen lassen, die ihren Ausgang anscheinend von den Haaranlagen nahmen. Vereinzelt finden sich in den Nestern rundliche Hohlräume, angefüllt mit absterbenden oder abgestorbenen Epithelzellen und Leukozyten. Der Charakter dieser großen Zellverbände ist kein einheitlicher, bald Sarkomzellencharakter, bald sogar Andeutung von alveolarem Bau. Demnach ist wohl Ähnlichkeit mit Krompecherschen Basalzellenkarzinomen vorhanden; es ist hier aber eine konzentrische Schichtung von Plattenepithelzellen deutlich erkennbar, die oft mitten in den großen Zellverbänden liegt. Der gutartige Verlauf (spontane Abheilung, kein geschwüriger Zerfall) spricht unbedingt gegen Karzinom. Trotz fehlenden Pilznachweises ist an amerikanische Blastomykose (Ricketts) wegen der großen Übereinstimmung der histologischen Bilder zu denken.

Beck-Budapest: Das mikroskopische Präparat entspricht einem Basalzellenkarzinom. Von englischer Seite ist eine allgemeine Epitheliomatose beschrieben, später von Darier bestätigt worden: die Bowensche Krankheit. Vielleicht entspricht dieser Fall diesen Beobachtungen.

Delbanco-Hamburg denkt an groteske Formen der Bowenschen Krankheit, die Unna vor Jahren als besondere multiple Karzinomform beschrieben hat. Sollte der Fall nicht dazu gehören, so bestände die Diagnose eines multiplen Basalzellenkrebses, die unter anderem äußeren Bilde neuerdings wiederholt beobachtet wurde (Nävus?).

Frei-Breslau: Bei den Jessnerschen Fällen von Bowenscher Krankheit handelt es sich um zirkumskripte Veränderungen, die klinisch eher ekzematoid aussehen, jedenfalls keine derartigen papillomatösen Veränderungen aufweisen.

Pinkus-Berlin hält die Bowensche Affektion für eine mikroskopisch typisch erkennbare Affektion von meistens sehr kleinen Dimensionen.

2. Einen 42jähr. Mann mit **Lepra tuberosa**, der als Angehöriger der Kaiserl. Marine alle Weltteile bereist hatte; 1919 Atembeschwerden, in einer otologischen Klinik Operation am Nasenseptum; schon damals Hautveränderungen, in einer Hautklinik trotz negativer WR erfolglos mit Salvarsan behandelt. Damaliger Beginn mit Verfärbung und Schwellung und zunehmender Gefühllosigkeit am rechten Knöchelgelenk, dann Befallenwerden des linken Beines, der Arme und des Gesichtes. Jetzt typische Facies leonina mit graubrauner Verfärbung der Gesichtshaut, Knoteneinlagerungen in die Ohrmuscheln; Schleimhäute frei. Flache Knoten an den Vorderarmen und Unterschenkeln, letztere hämorrhagisch; anästhetische und analgetische Zonen am rechten Hand- und Fußgelenk. Auch der behaarte Kopf und die Fußsohlen mit flachen Knoten besetzt. Behandlung mit Chaulmoograöl.

Šavnik-Prag: **Eine neuartige medikamentöse Behandlung in der Dermatologie und Venerologie.** Vortr. berichtet an der Hand von 16 vorgestellten Kranken

Digitized by Google

über seine Erfahrungen mit von Dr.-Ing. Truttwin dargestellten „Andriol" benannten Jod-Metallverbindungen, vorläufig über Wismut- und Uran-Kombinationen mit Jod in statu nascendi. Sie wurden zunächst in Salbenform angewendet. Überraschende Wirkung besonders der Uransalbe bei Lichen planus, für Lupus kommt wegen elektiver Wirkung Andriol-Uransalbe in Betracht; kleine ulzerierte Herde schließen sich und Infiltrate nehmen rasch ab, am langsamsten gehen verruköse Formen zurück. Ein ausgezeichneter Erfolg bei einem seit 10 Jahren bestehenden Lupus erythematodes nach sechsmonatiger Behandlung mit Andriol-Wismut. Bei Psoriasis wirkten beide Salben sehr ähnlich, gegenüber Chrysarobin überragende Erfolge mit Andriolsalbe. Bei Ekzem haben sich beide Präparate bewährt. Ausgezeichnete Wirkung bei Kerion Celsi, nach vier Wochen Heilung. Ein phagedänisches Geschwür heilte in vier Wochen. Weiter wurden vier Krebsfälle vorgestellt. Eine Frau mit riesigem Stirndefekt, Zunahme an Körpergewicht, Eiterung und Fötor sowie Schmerzen verschwunden und der Defekt mit neuem Gewebe ausgefüllt. Bei einer zweiten Pat. nach erfolgloser Röntgenbestrahlung schon nach zweiwöchiger Wismutbehandlung die enormen Kopfschmerzen nachgelassen, die nekrotischen Gewebsreste abgelöst. In weiteren zwei Fällen kein wesentlicher Erfolg. Mit Andriol-Wismutlösung wurden 150 Blennorrhoiker einmal täglich eingespritzt, Wirkung äußerst günstig, Ausfluß geringer, Urin klarer. Bei einer demonstrierten Pat. mit gummösen Geschwüren am Unterschenkel nach nur lokaler Behandlung mit Andriolsalben geschlossen. Ein papulöses Syphilid schwand nach 10 Andriol-Wismutinjektionen, und die starke Schwerhörigkeit hörte auf.

Delbanco-Hamburg: **Zur Pathogenese des papulo-nekrotischen Tuberkulids.** Am 4. IV. 1922 ging im Marienkrankenhaus zu Hamburg ein 16jähr. Mädchen an ausgebreiteter Lungentuberkulose zugrunde. Alle Stadien von den miliaren Knötchen bis zum käsigen Zerfall größerer Herde und ausgedehnter Kavernenbildung. Zahlreiche Tuberkelbazillen. Aufgenommen war die Pat. am 13. X. 1921 wegen einer doppelseitigen Spitzentuberkulose, Nacken- und Halsdrüsen und eines Ausschlages im Gesicht, auf Brust und Extremitäten. D. sah Pat. am 1. IV. mit einer riesigen Aussaat des typischen alle Stadien bietenden papulo-nekrotischen Tuberkulids über die gesamte Hautdecke. Am 4. I. war eine große Ausbreitung der Tuberkulose konstatiert worden, 14 Tage vorher ein neuer Schub des Tuberkulids. Ein am 3. I. gesetzter Ponndorf war stark positiv ausgefallen. Mit Paul Unna jr. hat D. große Partien der Haut durchmikroskopiert. Ausgedehnte Thrombenbildung der Arterien in der Subkutis und im Bereich der Gefäße der sekundär nekrotisierenden Kutis. Schnelle Epithelunterwachsung und Ausschaltung der nekrotischen Partien. Nirgends auch nur die Spur eines tuberkulösen Granulationsgewebes, nirgends Tuberkelbazillen oder Muchsche Granula. D. steht für die Pathogenese des papulo-nekrotischen Tuberkulids auf dem Boden der Zieler-Lewandowskyschen Hypothese eines Zerfalls des embolisch in die Haut geschleuderten Bazillus unter dem Einfluß der Immunkräfte der Haut. Die Thrombenbildung wäre in diesem Fall dann der Ausdruck der Immunwirkung. Einer Gegenwart von tuberkulösen Gewebsveränderungen, nach welchen immer krampfhaft gesucht wird, können wir entraten. Die Diagnose der Tuberkulose muß immer noch eine biologische werden. Gerade dieses Tuberkulid, dessen erste Beobachtung in Deutschland D. 1900 niedergelegt hat, begleitet gutartige Tuberkulosen. Es setzt die besonderen, in neuerer Zeit immer mehr in den Vordergrund tretenden Immunkräfte der Haut voraus. D. fragt, ob nicht die Möglichkeit diskutiert werden darf, daß Tuberkulide und Tuberkulose anderer Organe kein zufälliges Zusammentreffen bedeuten, daß die Immunkräfte direkt mit herangezogen werden zur Abschwächung der im Körper hausenden Tuberkulose. Setzt der Körper die Tuberkulide vielleicht absichtlich? Sind die Tuberkulide spontane „Ponndorfs", um populär zu reden? Vom Standpunkt dieser kühnen Fragestellung würde D. die enorme Ausbreitung des Tuberkulids in seinem Fall und die großen Schübe deuten als einen letzten mühevollen Versuch des jungen Organismus gegen die sich ausbreitende Tuberkulose der Lungen. Hier haben auch alle Immunkräfte der Haut, immer von neuem eingesetzt, den letalen Ausgang nicht aufhalten können. So könnte die scheinbare Ausnahme von der Regel eine Erklärung finden.

Friebes-Rostock kann sich nicht der Ansicht anschließen, daß papulo-nekrotisches Tuberkulid in der von D. geschilderten Form geschaffen wird, um so Immunvorgänge für den Körper anzuregen. Genau wie hier bei D.s Fall handelt es sich bei dieser Affektion mit den eigenartigen histologischen Veränderungen um eine Aussaat von Tuberkelvirus, dem die kachektische Haut wehrlos gegenübersteht, und es entsteht — im übrigen aus uns unbekannten Gründen — jene schwere Koagulationsnekrose mit Thrombose, wie aus-

Digitized by Google

gestanzt erscheinende Defekte, wie bei anderen Affektionen auf kachektischer Haut. Daß keine typischen tuberkulösen Veränderungen im Gewebe vorhanden sind, spricht nicht gegen Tuberkulose. Außerdem findet man nicht selten in Randpartien tuberkulöse Einlagerungen, die sehr rasch zerfallen. Dies histologische Bild ist nichts Besonderes, sondern findet sich auch bei Ecthyma gangraenosum. Daß tuberkulöses Virus nicht nachzuweisen ist, besagt nicht, daß die Fälle nicht tuberkulös sind. Sie sind hämatogen entstanden, infolge starker Reaktion sind die Tuberkelbazillen zugrunde gegangen, genau so, wie wir bei Furunkulose im Nekrosestadium keine Staphylokokken nachweisen können.

Kollmann-Leipzig: **Gonorrhoe des Mannes.** Da wir bei der Blennorrhoe der männlichen Harnröhre und Adnexe mit spezifischer Therapie (Vakzine) gewöhnlich nichts Besonderes erreichen, müssen wir lokal behandeln. Selbstverständlich muß einer lokalen Behandlung exakte topische Diagnostik vorausgehen. Die Frage: Urethritis anterior oder auch posterior? wird am sichersten durch die Fünfgläserprobe entschieden. Bei der Untersuchung und Behandlung der Adnexe werden die Cowperschen Drüsen und der etwa 30 cm lange Ductus deferentialis viel zu wenig erwähnt. Die Expression der Cowperschen Drüsen zu diagnostischen Zwecken muß vor Expression der Prostata und Samenblasen erfolgen. Zu einer guten Lokalbehandlung gehört neben Spülungen der Harnröhre und Massagen der Adnexe die Dehnung der Schleimhautinfiltrate mit Sonden, und wo dies nicht zum Ziele führt, mit aufschraubbaren Dehnern. Letztere sind deswegen nicht entbehrlich, weil die Harnröhre in ihren Abschnitten ganz verschiedene Weiten zeigt. In Fällen, wo der Prozeß lediglich in der Schleimhaut der Harnröhre sitzt, ist er der Heilung verhältnismäßig leicht zugänglich, schwieriger wird die Therapie bei Ergriffensein der Adnexe.

Pinkus-Berlin empfiehlt, die Zervixblennorrhoe durch Bedeckung der Zervix mit einer Zelluloidkappe und einem Tampon darüber zu behandeln und sich nicht darauf zu verlassen, daß man sie wirklich heilen kann.

Galewsky-Dresden teilt den pessimistischen Standpunkt Kollmanns und macht auf die forensische Bedeutung der langen Latenz der Blennorrhoe bei der aszendierenden Form aufmerksam.

Bering-Essen warnt vor zu großem Pessimismus in der Blennorrhoebehandlung. Es ist zugegeben, daß es Fälle gibt, in denen mikroskopisch keine Gonokokken in den Adnexen zu finden waren, aber durch Kulturverfahren im Sekret der Prostata und Samenblasen nachgewiesen wurden.

Hesse-Düsseldorf erwähnt zwei Fälle von geheilter Blennorrhoe, die jahrelang ihre Frauen nicht infizierten, bis nach Grippeerkrankung die Blennorrhoe wieder ausbrach.

Oelze-Leipzig: Durch Anwendung eines Aëro-Urethroskopes, wie es Antal schon lange angegeben hat, läßt sich die Urethra anterior auch bei akuter Blennorrhoe besichtigen. Beschreibung eines wesentlich abgeänderten Instrumentariums, das auch Therapie, insbesondere innerhalb des Urethralgewebes, ermöglicht.

Kollmann-Leipzig erklärt, daß er weder die Diagnostik noch die Therapie der Blennorrhoe des Mannes leicht nehme, also kein Optimist sei, andererseits stehe er durchaus nicht auf einem pessimistischen Standpunkt. Die Mitteilungen von Lorenz und Delbanco sind gewiß äußerst wichtig, er möchte aber darüber nicht vergessen, was jahrelange Erfahrungen in seiner ausgedehnten Praxis ihn gelehrt haben.

Frühwald-Leipzig: **Über Kaninchensyphilis.** F. demonstriert ein Kaninchen, bei dem 5 Monat nach einer spezifischen Orchitis Papeln am Genitale und Anus auftraten, die nunmehrseit 13 Monaten bestehen. Ferner ein Weibchen, das durch einen sekundärsyphilitischen Bock durch den Koitus infiziert worden war. Im Anschluß daran berichtet er über die mit Benedek, Dietze und Greif unternommenen 56 Liquoruntersuchungen an 28 Kaninchen. Die Punktion wurde am Foramen magnum nach dem Vorgange von Plaut und Mulzer vorgenommen, die Untersuchungen erstreckten sich auf Zellzahl, Eiweiß und WR mit Auswertung. Bei 8 normalen Tieren wurden 10 Punktionen gemacht, einmal fanden sich 13 Zellen und WR in 2—3facher Menge +, einmal WR 2—3fach +. 2 Tiere hatten verdächtigen Zellbefund (8—9). Diese 8 Tiere wurden dann geimpft. Eines der Tiere mit 8 Zellen hatte nach 4 Wochen 18 Zellen, das Tier mit WR + hatte später normalen Befund, das mit erhöhter Zellzahl starb. Eines der Tiere mit normalem Befund bekam Orchitis und positive WR, die aber wieder verging. Bei 4 Tieren die vergeblich mit Syphilis infiziert worden waren, fanden sich in 7 Punktionen einmal 50 Zellen, doch schwand bei weiteren Untersuchungen die Pleozytose. Syphilitische Tiere wurden 16mal in 25 Punktionen untersucht. 7 waren primärsyphilitisch:

Digitized by Google

3 durch Koitus, 2 Weibchen durch vaginale Infektion, 2 Böcke durch intratestikuläre Injektion (Orchitis); an ihnen wurden 13 Punktionen vorgenommen. Ein Weibchen hatte bei Auswertung WR +, ein geschlechtlich infizierter Bock 136 Zellen und positive WR. Bei 5 sekundärsyphilitischen Tieren wurden in 8 Punktionen einmal 10 Zellen gefunden, doch ging die Zahl wieder zurück. 4 latentsyphilitische Tiere ohne klinische Erscheinungen zeigten bei 4 Punktionen normalen Befund. Die Befunde sind nicht einheitlich, vor allem zeigten sie nicht die häufigen und intensiven Liquorveränderungen, wie sie Plaut und Mulzer fanden. Vielleicht hängt dies mit der von den genannten Autoren beobachteten Tatsache zusammen, daß nicht jeder Kaninchenstamm Liquorveränderungen verursacht.

Frei-Breslau hatte mit Frl. Dr. Trost folgende Liquorbefunde: bei 5 gesunden Tieren Liquor normal; bei 9 syphilitischen 2mal pathologisch, 3mal suspekt; Mikro-WR und SG nur vereinzelt vorgenommen, negativ. Bei 7 Tieren mit spontaner Spirochätose 2mal positiver Befund, beides Tiere mit sichtbaren Sekundärmanifestationen, ein weiterer Beweis für die konstitutionelle Natur dieser Erkrankung.

Frei-Breslau: **Quecksilberversuche bei experimenteller Kaninchensyphilis.** Mit Injektion verschiedener Hg-Präparate konnten Kaninchenschanker ohne Schädigung der Tiere zur Abheilung gebracht werden, vollständige Heilung war trotz intensiver Serienbehandlung mit Kalomel oder Sublimat nicht erzielbar. Außer klinischer Abheilung wurde nur eine vorübergehende Hemmung der Infektion erzielt, die das Zustandekommen von Superinfektionsprodukten mit allen Merkmalen einer Erstinfektion noch zu einer Zeit ermöglichte, zu der sie beim unbehandelten Tier nicht mehr anging, Befunde, die für die „Reinfectio" humana von Bedeutung sein könnten. Durch Versuche an durch intravenöse hohe Salvarsandosen spirochätenfrei gemachten Kaninchen-Primäraffekten ergab sich, daß das Quecksilber resorptionsbefördernd auf syphilitisches Gewebe wirkt. Die Möglichkeit direkter oder indirekter antiparasitärer Beeinflussung besteht trotzdem uneingeschränkt weiter. Ein Rezidiv nach Hg-Behandlung erwies sich erneuter Behandlung gegenüber nicht resistent. Ebensowenig konnte nach unzureichender Vorbehandlung mit Hg eine unspezifische Resistenzsteigerung der Spirochäten gegenüber späterer Salvarsanzufuhr beobachtet werden. Die Spirochaeta cuniculi war durch Kalomel oder Cyarsal in den Effloreszenzen nicht schwerer zu beeinflussen als die Spirochaeta pallida.

6. Sitzung am 23. September, vormittags.

Vorsitzender: Riecke-Göttingen.

Posner-Berlin: **Sterilität beim Manne.** Die Hodenpunktion erlaubt insbesondere erworbene und angeborene Azoospermie zu unterscheiden. Die öfter bezweifelte Zuverlässigkeit der Punktion ist durch Leichenuntersuchungen von E. Mühsam so weit sichergestellt, als sich vollkommene Übereinstimmung des Punktates mit der Beschaffenheit der mikroskopisch untersuchten Hoden ergab. Man findet im Punktat nicht bloß Spermien, sondern auch Bruchstücke von Hodenkanälchen, so daß eventuell auf diesem Wege eine Bestimmung möglich ist, ob fragliche hodenartige Körper wirklich Testes sind. Inwieweit aus der so gesicherten Diagnose therapeutische Folgerungen zu ziehen sind, bleibt noch dahingestellt.

Ullmann-Wien beobachtete Fälle, welche nach doppelseitiger Obliteration jahrelang Euphorie, normale Geschlechtskraft, Libido usw. und objektiv große Hoden vom Aussehen einer Spermatozele aufwiesen.

Hübner-Elberfeld: Nächst der Epididymitis gonorrhoica ist es die Epididymitis nach Mumps, die häufig zur Sterilität führt. In einem Falle war eine Verletzung der Dammgegend durch Fußtritt die Ursache der Verletzung der Ausführungsgänge. Die Hodenpunktion förderte zahlreiche nicht bewegliche Spermatozoen zutage, die auch nach Zusatz von Prostatasekret nicht beweglich wurden. Der Versuch einer künstlichen Befruchtung mißlang daher.

Hesse-Düsseldorf erwähnt die Epididymitis nach Grippe und empfiehlt für Nebenhodeninfiltrate stark gefilterte Röntgenstrahlen, eventuell nach vorangegangener Sensibilisierung durch Proteinkörper oder Gonokokkenvakzine.

Krakauer-Breslau erwähnt Fälle von Oligospermie ohne palpatorisch nachweisbare Hodenveränderung.

Riecke-Göttingen weist auf das gelegentliche Vorkommen von Deferentitis bei Blennorrhoe hin, die zu lokalisierten Strikturen mit konsekutiven ampullenförmigen Erweiterungen führen. Von Enderlen ist in solchen Fällen eine Termino-Terminalnaht

Digitized by Google

ausgeführt worden; ob weitere Resultate mitgeteilt sind, wird gefragt. Daß bei einer durch doppelseitige blennorrhoische Epididymitis bedingten Sterilität nach Jahren sich wieder Zeugungsfähigkeit einstellt, kommt wohl nur vereinzelt vor.

Posner-Berlin: Hodenvergrößerung nach Epididymitis kommt vor, beruht aber wohl auf zystischer Erweiterung der Hodenkanäle; Potenzsteigerung ist zweifelhaft. Röntgentiefentherapie muß ausprobiert werden. Azoospermie bei Tabes dürfte auf syphilitische Veränderungen zu beziehen sein. Wiederauftreten von Spermie bei Azoospermie auf Obliterationsbasis hat P. nie beobachtet, es dürfte sich um Stocken der Spermiogenese auf anderer Grundlage gehandelt haben. Bei Beschränkung der Obliterationsstelle auf das Vas deferens sind Operationen natürlich aussichtsreicher.

Kromayer jr.-Berlin: **Neuere Erfahrungen mit der Kromayerschen Quarzlampe.** Im Gegensatz zur Distanzbestrahlung heilt die Entzündung der Haut nach Kompressionsbestrahlung nicht unter restitutio ad integrum ab, sondern unter Hinterlassung eines scharfrandigen weißen Fleckes, welcher auf leichter Atrophie der Haut beruht. Das Auffallen des weißen Fleckes kann vermieden werden, wenn man keinen scharfen Rand entstehen läßt, was durch anschließende Distanz- oder Kompressionsnachbestrahlung der Ränder oder durch Abdecken mit Watte erreicht wird. Die atrophisierende Wirkung des Lichtes kann auch therapeutisch verwendet werden, und zwar zur Heilung der Großporigkeit der Haut.

Meyer-Berlin empfiehlt Quarzlicht bei Ulcus molle phagedaenicum, und ist es ratsam, in Vaginalstellung zu bestrahlen bei möglichst geringer Distanz.

Galewsky-Dresden bezweifelt die Möglichkeit, alle Großporigkeit so zu behandeln, da es eine angeborene und erworbene gibt.

Meyer-Berlin: **Röntgenbehandlung des Frauenbartes.** Die Dauerepilation durch Röntgenstrahlen konnte erst versucht werden, nachdem der Einfluß der harten Strahlung auf Dermatosen und Haarpapille studiert war. Wir haben noch keine homogene Strahlung, sondern nur Röhren, die ein Strahlengemisch entsenden. Dies trifft besonders für die gasfreien Elektronenröhren zu, wo die besonders ausgedehnte weiche Komponente erst durch starke Filter beseitigt wird, die rationelle Ausbeute also sehr gering ist. Ob analog der Epilationsdosis jemals eine Dauerepilationsdosis festgestellt werden kann, bezweifelt M., weil sich weder nach der Länge, Farbe oder Dichtigkeit des Haares Gesetzmäßigkeiten aufstellen lassen. Wir wissen nur, daß jede Stelle mindestens dreimal bestrahlt werden muß in Pausen von 6—10 Wochen. Vorübergehend werden Trockenheit im Munde und leichte Rötung beobachtet, nie dauernde Schädigung der Speicheldrüsen. Der Einfluß auf Zahnfleisch und Zähne ist ausgeschaltet, seitdem der Kiefer mit Blei abgedeckt wird, das in Leukoplast eingewickelt ist. Irreparable Schädigungen wurden nie gesehen.

Schäfer-Breslau weist darauf hin, daß unter seinen nach Meyer behandelten Fällen eine Patientin beobachtet worden ist, die eine seit $1^1/_2$ Jahren bestehende unangenehme Speichelverminderung zeigt. Der kosmetische Erfolg war fast stets zufriedenstellend.

Löwenberg-Düsseldorf: Vorübergehende Schädigungen der Mundschleimhaut sind manchmal sehr heftig und man muß die beiden Gesichtshälften in Zwischenräumen von 10—14 Tagen bestrahlen. Der therapeutische Effekt ist im allgemeinen gut. In einem besonders gut beeinflußten Falle traten nach zwei Jahren leichte atrophische Veränderungen auf und es ist nicht vorauszusehen, wie diese sich weiter entwickeln werden.

Hesse-Düsseldorf lehnt die Epilation des Frauenbartes ab wegen der nicht seltenen Atrophie und Schädigung der Speicheldrüsen.

Galewsky-Dresden glaubt immer vor Behandlung des Frauenbartes warnen zu müssen, nachdem er erst vor kurzem eine solche Verbrennung gesehen hat, die von einem der hervorragendsten Röntgenologen behandelt worden.

Meyer-Berlin: Die Überlegenheit der harten Strahlen kommt nicht nur in ihrer größeren Tiefenwirkung zum Ausdruck, sondern auch in ihrer größeren biologischen Wirksamkeit. Es sind Strahlen verschiedener Wellenlänge wie Medikamente verschiedener Wirkung aufzufassen. Auch erfahren vielleicht die Zellen bei Durchtritt der Strahlung durch das Gewebe gewisse Veränderungen. Die Hauptsache ist, daß bei harter Strahlung toxische und wirksame Dosis auseinanderrücken. Man soll prinzipiell jede Dermatose mit harter Strahlung behandeln. Der Filter ist nicht das Wesentliche, sondern das Wesentliche ist: hier weiche — hier harte Strahlung.

Piorkowski-Berlin: **Ein neues Prinzip der Gonorrhoetherapie.** Kobaltverbindungen haben einen gewissen, nicht zu starken Einfluß auf Gonokokken, Eisensalze eine

Digitized by Google

relativ starke Wirkung, beide Salze zusammen eine auffällige Wertsteigerung, die bei Zutritt von Sauerstoffsalzen durch eine starke Oxydation von gebunden vorhandenen, im Augenblick der Auflösung plötzlich entstehenden Sauerstoff noch verstärkt wird. P. führt die Wirkung auf die Eigenartigkeit der Kobaltsalze zurück, ganz besondere Doppelsalze und Komplexverbindungen zu schaffen und dadurch eine Änderung der osmotischen Verhältnisse der Bakterienleiber und Schleimhautzellen zu veranlassen. Vorzüge des als Pilugon bezeichneten Präparats sind: Abortivwirkung, Klärung des Harns, Sekretionshemmung und Reaktionslosigkeit bei guter Tiefenwirkung.

Pulay-Wien: **Vegetatives Nervensystem und Haut.** Sympathikus wie auch Parasympathikus sind in ihrem Tonus weitgehend von bestimmten Elektrolyten, wie Kalzium, Kalium, Natrium, aber auch von Nichtelektrolyten, Zucker, Harnsäure, Cholin, determiniert. Durch blutchemische Untersuchungen kann man sich über diese jeweils im Gewebe herrschenden Verhältnisse orientieren und chemisch den im Nervensystem selbst herrschenden Tonus fassen.

Krebs-Leipzig: **Die Maststaphylokokkenvakzine Staphar in Kombination mit Terpichin bei der Behandlung von Hautkrankheiten.** In Verfolg früher mitgeteilter Versuche hat K. nässende Ekzeme, Impetigo, Pemphigus usw. mit Staphar behandelt und recht beachtliche Erfolge erzielt. Bei Kombination von Staphar mit Terpichin ging er von der Voraussetzung aus, den Organismus durch Terpichin von innen her zu erhöhten Abwehrmaßnahmen anzuregen und die kokkentötende Stapharwirkung zu unterstützen. Die Injektionen wurden am selben Tage zweimal die Woche ausgeführt. In der Mehrzahl der Fälle ohne Lokalbehandlung großartige Erfolge.

7. Sitzung am 23. September, nachmittags,
gemeinsam mit Abteilung Augenheilkunde.

Vorsitzender: Delbanco-Hamburg.

Krückmann-Berlin: **Klinische Bilder der Syphilis am Sehorgan und ihre Deutung.** (Referat.)

Igersheimer-Göttingen: **Zur allgemeinen Pathologie der Syphilis am Auge und an der Sehbahn.** (Referat.)

Riecke-Göttingen weist bezüglich der Undurchdringlichkeit der Limitans, worauf Krückmann Nachdruck legt, darauf hin, ob nicht eine Schädigung dieser Membran bei Paralyse, Tabes usw. im Laufe der Jahre eingetreten sein und durch diese das in den Lumbalsack gebrachte Salvarsan doch in die Hirnsubstanz gelangen könne. Zu Igersheimers Ausführungen betont R. die Tatsache, daß auch bei Tuberkulose, Lepra, tiefen Trichophytien usw. dort am wenigsten Bakterien angetroffen wurden, wo die lebhaftesten Reaktionserscheinungen vorhanden sind. Hinsichtlich Fernwirkung der Spirochäten scheint es von Wichtigkeit, zu prüfen, ob nicht bei Primäraffekten, welche als Reinduration im Bereiche lokaler Lymphbezirke um die ursprüngliche Primärläsion erscheinen, auch eine solche Fernwirkung vorhanden sein könne.

Sitzung am 17. September.

Abteilung Kinderheilkunde.

v. Zumbusch-München: **Über Behandlung der angeborenen Lues.** (Referat.) Die Behandlung muß sehr energisch sein und so früh als möglich einsetzen. Sie ist erschwert, weil die Frucht nur indirekt beeinflußbar ist und Schwangere Salvarsan schlechter vertragen als andere und weil auch beim Neugeborenen vorsichtig zu Werke gegangen werden muß und technische Schwierigkeiten bestehen, die im späteren Leben wegfallen. Quecksilber und Jod sind mehr von indirekter Wirkung, indem sie die Abwehrstoffe des Organismus stärken, Salvarsan ist das eigentliche spirochätenvernichtende Mittel; es in den Hirnsinus zu spritzen ist bedenklich. Vorteilhaft ist bei Brustkindern die Behandlung der Mutter. Die WR ist schwer zu beeinflussen, sie kann als Indikator für die Behandlung nur in frischen Fällen, also bei jüngeren Kindern dienen. Die Syphilis congenita tarda besitzt die größte Analogie mit der tertiären Syphilis. Hier ist das Streben, die WR zu beseitigen in der Regel vergeblich und nicht von großem Belang; doch soll auch hier mehrfach behandelt werden.

Erich Müller-Berlin (Korreferat): Unter den Quecksilberpräparaten verdienen Kalomel, Oleum cinereum und Hg salicyl. den Vorzug vor den neueren, deren Dauerwirkung nicht genügend erprobt ist. Innerliche Darreichung und Sublimatbäder sind

Digitized by Google

aufzugeben. Am besten ist Neosalvarsan, die neuen Salvarsane besitzen keine wesentlichen Vorzüge. Kinder vertragen höhere Dosen als Erwachsene. Vortr. gibt im ersten und zweiten Lebensjahre 0,03 g und im dritten und vierten Lebensjahre 0,02 g, um dann allmählich auf 0,01 g pro Kilogramm herabzugehen. Höchstgabe im 14. Lebensjahre ist 0,45 g. Kleine und zu seltene Salvarsandosen sind unwirksam und begünstigen Schädigungen des Nervensystems. Salvarsanschäden scheinen bei Kindern nicht vorzukommen, wenigstens weder Dermatiden, noch Enzephalitis, noch Nieren- oder Leberschädigungen. Frühsyphilitische Liquorveränderungen sind bei Säuglingen selten, und verschwinden meist während der Behandlung. Ein Teil der geistig debilen Kinder bessert sich unter der Behandlung, ein anderer ist nicht mehr zu beeinflussen.

Rille-Leipzig möchte die ungünstige Meinung, welche die Referenten über die interne Quecksilberbehandlung und die Sublimatbäder geäußert, durchaus nicht teilen. In langer Erfahrung hat sich ihm Protojoduret. hydrargyri auch in schwereren Fällen bewährt. Die Sublimatbäder eignen sich, was anscheinend nicht genügend bekannt ist, nur für Fälle mit ausgedehnteren Läsionen und Wundbildungen und sind bei intakter Haut unwirksam; auch soll man das relativ schwer lösliche Sublimat nicht in Pastillenform, sondern nur in fertiger Lösung dem Badewasser zusetzen.

Fachzeitschriften.

Annales des Maladies Vénériennes.

April 1922.

Über zwei Fälle von Purpura haemorrhagica nach Arsenobenzolinjektionen (Etude de deux cas de Purpura hémorrhagique consécutifs aux injections d'arsénobenzènes), von Lespinne, Wydooghe und Ferond-Brüssel. S. 241—260. Es handelt sich um ausgesprochene Purpura haemorrhagica im Anschluß an intravenöse und intramuskuläre Injektionen von Sulfarsenol. Verff. nehmen als Ursache eine Intoxikation durch das im Körper abgespaltene Benzol an. Die Intoxikation, die insbesondere in der Zusammensetzung des Blutes zum Ausdruck kommt, wurde durch prophylaktische Adrenalininjektionen nicht verhindert, jedoch durch spätere intramuskuläre Gaben von Pepton Witte erfolgreich bekämpft. Bei der Behandlung eines Kranken mit hohen Dosen von Arsenpräparaten ist ständige sorgfältigste Kontrolle des Urins erforderlich. Zylinder, auch hyaline, gelten als alarmierend, bei den leichtesten Anzeichen einer Purpura ist die Behandlung sofort auszusetzen.

Mittel und Grenzen der Arsentherapie (Moyens et limites de l'arsénothérapie), von Lehnhoff-Wyld. S. 261—293. Der Unschädlichkeitskoeffizient (Verhältnis der heilenden zur Maximaldosis) gab bisher für die Beurteilung der Arsenpräparate den Ausschlag. Da er aber nur eine relative, von vielen Momenten abhängige Größe darstellt, ist eine genauere Bestimmung des therapeutischen Wertes eines Präparates erforderlich. Tierversuche (mit Naganatrypanosomen) ergaben, daß es für die Arsenobenzole eine kritische Konzentrationsgrenze gibt, unter welcher ihre parasitoziden Eigenschaften gänzlich aufhören. Damit die Einwirkung auf den Parasiten vollständig erfolgen kann, muß die über dieser Grenze befindliche Arsenmenge ein Minimum von Zeit zur Verfügung haben. Kleine Dosen sind oft wirkungslos, weil sie die kritische Grenze nicht oder nur vorübergehend erreichen resp. überschreiten. Man kann eine große wirksame Dosis auch durch schnell aufeinander folgende kleine Dosen mit gleichem Erfolge und geringerer Gefahr ersetzen. Solche kleine, oft wiederholte Dosen können prophylaktisch eine Infektion verhindern. Im Inkubationsstadium der Syphilis ist die Sterilisatio magna möglich. Später ist es schwer, das Medikament an alle Erkrankungsherde heranzubringen. In diesen Fällen Serienbehandlung mit steigenden Dosen. Zum Schluß werden kurze Behandlungsschemata für die vier Stadien der Syphilis aufgestellt.

Ein Fall von syphilitischer präroseolärer Hydrarthrose (Un cas d'hydrarthrose syphilitique préroséolique), von J. Montpellier und A. Lacroix-Algier. S. 294—297. 18jähr. Mann bekommt 37 Tage post infectionem, am 2. August, ein Ulkus am Präputium, das in 14 Tagen abheilt. 2 Tage nach Erscheinen des Primäraffekts schmerzhafte Inguinaldrüsenschwellung, die sich unter der Behandlung zurückbildet. Am 10. September plötzlich schmerzhafte Arthritis in beiden Knien. Am 19. September beginnendes Exanthem. Punktionsflüssigkeit des Knies ergibt stark positive WR. Durch Hg- und Arsenobenzolbehandlung verschwinden alle Erscheinungen. H. Muchow-Hamburg.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Urogenitalapparat.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Über Aktinomykose der Harnorgane. Bericht über einen Fall von Pyelonephritis, bei welchem Rinder-Aktinomykose gefunden wurde. (Actinomycosis of the Urinary Organs. Report of a Case of Pyelonephritis in which Actinomyces Bovis was Found), von H. L. Cecil und J. H. Hill-Baltimore. (J. Am. m. Ass., 1922, Nr. 8, S. 575—578.) Ausführlicher Bericht über einen Fall von Rinder-Aktinomykose der rechten Niere, vergesellschaftet mit Pseudomonas-pyocyanea-Infektion beider Nieren. Verf. weist auf die Wichtigkeit hin, bei länger dauernden Eiterungen aus den oberen Harnwegen, bei welchen keine Tuberkelbazillen gefunden werden, stets auch an das Vorhandensein von Aktinomyzespilzen zu denken. F. Quasig-Hamburg.

Diagnose und Behandlung gewisser Erkrankungen des Harntraktus (Diagnosis and Therapy of Certain Lesions of the Urinary Tract), von Leo Buerger-New York. (New York m. J., 1922, Bd. 115, Nr. 9.) Praktische Winke über das Verhalten bei Uretersteinen (negative Röntgenbefunde, Anwendung der Zystoskopie während des Anfalls, Einführung von Olivensonden durch das Zystoskop, Einklemmung in der Blasenwand, Vortäuschung von Darmverschluß und Peritonitis, reflektorische Anurie, Harnsäurekonkretionen und Harnleiterverschluß, Nierenentzündungen und Erscheinungen allgemeiner pyogener Infektion bei Harnleiterverschluß), Nierensteinen, renaler Hämaturie.
E. Levin-Berlin.

Zur Behandlung pyogener Nierenprozesse mit intravenösen Urotropininjektionen, von H. Haberung-Eisleben. (Zbl. f. Chir., 1922, Nr. 16, S. 543.) Verf. hat, angeregt durch die günstigen Erfolge Vogts zur Vermeidung postoperativer Urinverhaltung, die intravenöse Urotropintherapie auch bei doppelseitiger Pyonephrose mit dem Erfolg eines sofortigen Abfalls der Temperatur und der zusehends fortschreitenden Reinigung des Urins angewandt. Verf. fand, daß das Mittel in viel höheren Dosen gegeben werden kann, als bis jetzt angenommen wurde. Wenn Vogt noch vor seiner Anwendung bei erkrankten Nieren warnt, so hält Verf. diese Einschränkung nicht mehr für stichhaltig. In neuester Zeit wird die intravenöse Urotropintherapie auch bei pyogenen Blutinfektionen empfohlen (Buzallo). Das Urotropin wird in 40%iger Lösung in Ampullen zu 5 und 10 ccm in den Handel gebracht. A. Rosenburg-Berlin.

Aszendierende Infektion der Niere (Ascending Infections of the Kidney), von M. Walker-London. (Lancet, Nr. 5145.) Obgleich im allgemeinen eine Infektion die Niere auf dem Blutwege erreicht, kann diese auch den Weg der Lymphbahnen, die den Ureter umgeben, nehmen. Die Nierenkapsel ist ein wichtiges Glied in der Kette der Lymphbahnen, und demgemäß werden hier Mikroorganismen in Fällen von aszendierender Infektion gefunden. In frischen Fällen von Infektion der Niere auf dem Lymphwege werden keine Bakterien im Urin gefunden. Wahrscheinlich nimmt die tuberkulöse Infektion ganz denselben Weg wie die mit Eiterbakterien.
R. Erichson-Kiel.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Gestorben: Dr. Iwan Bloch in Berlin;

San.-Rat Dr. Anton Eckstein, gewesener Polizeiarzt in Leipzig;

Dr. Armand Bernard, Lektor für Geschlechtskrankheiten an der Liverpool University;

Dr. William Augustus Quinn, Professor für Dermatologie und Syphilis an der Loyola University School of Medicine in Chicago. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

16. Dezember 1922 | Nr. 50 | Band 75

Aus der Dermatologischen Universitätspoliklinik und Klinik zu München
(Vorstand: Prof. Dr. L. Ritter v. Zumbusch).

Zur Kenntnis der lichenoiden Salvarsanexantheme.

Von

Dr. Franz Wirz.

Wie ich in Nr. 30 dieser Zeitschrift an Hand der Literatur und zweier Krankheitsfälle dargelegt habe, gibt es idiopathische Erkrankungen von Lichen ruber planus, die mit Lues vergesellschaftet und demgemäß auch bei Salvarsankuren anzutreffen sind, und es gibt anscheinend seltene Fälle von toxischer Dermatitis bei Lues und Salvarsan, die mehr oder weniger lichen-ruber-artigen Charakter aufweisen. Buschke-Freymann gebührt das Verdienst, als erste die Aufmerksamkeit auf diese lichenoiden Erscheinungen gelenkt zu haben. Seitdem hat das Thema über Lichen ruber planus und lichenoide Dermatitis bei Salvarsan noch dadurch an Bedeutung gewonnen, daß auch aus der Jadassohnschen Klinik von Frei und Tachau[1]) ein Beitrag mit zwei Fällen (der dritte war bereits von Kleeberg veröffentlicht) geliefert wurde. Zwei in der Zwischenzeit an der Münchener Poliklinik beobachtete Erkrankungen geben Veranlassung, erneut zu der Frage der Salvarsanexantheme mit lichenoiden Formen Stellung zu nehmen. Die Bekanntgabe aller Fälle, die etwa zu der anscheinend neuen Dermatose gehören könnten, ist selbstverständlich die erste Voraussetzung zur Klärung ihres Problems; nicht minder wichtig scheint indes eine zweite Bedingung zu sein, nämlich die einer genauen Prüfung und Würdigung aller bekanntgegebenen Fälle hinsichtlich ihrer Zugehörigkeit. Ist diesen Forderungen Genüge getan, dann kann erst an die Deutung der neuen Befunde, vornehmlich in morphologischer und ätiologischer Hinsicht gegangen werden. Seien wir uns indes von vornherein bewußt, daß wir über die Ätiologie der lichenoiden Erscheinungen bei Salvarsanexanthemen solange nur spekulative Betrachtungen werden anstellen können, als das Wesen beider Einzelkomponenten, des echten Lichen ruber planus einerseits, der ganzen Gruppe der Salvarsandermatitiden, von der die lichenoiden nur einen Bruchteil darstellen, andererseits geklärt ist.

Fall 1. G. M., 34 Jahre, Arbeitersfrau, wird am 31. Mai 1922 von der Universitätskinderklinik eingewiesen wegen Luesverdacht, da ein kürzlich geborenes Kind kongenital luetisch sei. Die Anamnese ergibt Infektion vor 16 Jahren mit Geschwüren am Genitale, Behandlung mit grauer Salbe und Bädern.

Befund: Keine luetischen Manifestationen, WR +++.

[1]) Arch. f. Derm., Bd. 141, S. 152.

Digitized by Google

Diagnose: Lues latens.

3. Juni 22. Beginn der ersten antiluetischen Kur mit 0,3 Neosalvarsan und 0,02 Sublimat in Linsermischspritze. Vom 6. Juni bis 4. Juli erhält die Pat. in Abständen von 3—4 Tagen je 0,45 Neosalvarsan und 0,03 Sublimat, so daß sie bis 4. Juli insgesamt 4,35 Neosalvarsan und 0,29 Sublimat erhalten hat.

Am 7. Juli 22, dem Tage, an welchem die Pat. die letzte Injektion der ersten Kur hätte erhalten sollen, klagte sie über starken Juckreiz, der ihren Schlaf störe. Der Juckreiz sei, während sie bis dahin die Kur gut vertragen habe, am Abend der letzten Einspritzung gleichzeitig mit einem Ausschlag am Körper und an den Armen aufgetreten.

Befund: Mittelgroße, kräftig gebaute Frau in gutem Ernährungszustand, mit gut durchbluteten Schleimhäuten. Die Haut des Stammes ist mit rosa und lebhaft roten Flecken von Stecknadelkopf- bis Fingernagelgröße und unregelmäßiger Begrenzung bedeckt, die z. T. durch Konfluenz Netzfiguren bilden. Auf dem Rücken sind die Flecken so ausgebreitet, daß nur noch vereinzelte blasse Hautinseln sichtbar sind. An den Armen finden sich ebenfalls fleckartige Rötungen, jedoch in geringerer Stärke. Die Streckseiten beider Arme und die Handrücken sind übersät mit stecknadelkopf- bis halb linsengroßen spitzen und flachen, z. T. gedellten Knötchen von gelber und hellroter Farbe, die z. T. rundliche, z. T. polygonale Begrenzung zeigen. Die Knötchen stehen im allgemeinen allein und treten nur unterhalb der Ellenbogen zu einem dicht gefügten Mosaik zusammen. Sie zeigen kein Wickhamsches Phänomen, fühlen sich mäßig derb an, und hinterlassen auf starken Glasdruck einen weißgelblichen Fleck. Zwischen den Fingern finden sich kleine, mit Flüssigkeit prall gefüllte Bläschen. An den Streckseiten der Unterschenkel sind dieselben Knötchen wie an den Armen, jedoch hier meist follikulär. Das Exanthem ist symmetrisch angeordnet, die Mundschleimhaut ist frei.

Diagnose: Erythematöse und lichenoide Salvarsandermatitis.

Therapie: Aderlaß, Adrenalin, Kühlsalben.

Verlauf: Zu den Erscheinungen vom 7. treten in den nächsten Tagen bei fortgesetzter Therapie Ödeme der Extremitäten und starke Abgeschlagenheit, so daß die Pat. auf die Klinik verlegt werden mußte. Hier traten Ödeme am ganzen Körper und Leberschwellung auf; die anfänglich lichenoiden Effloreszenzen konfluierten zu großen Plaques, die sich livid rot verfärbten und schuppten; mit Rückgang der Ödeme setzte eine Abschuppung des ganzen Körpers, Nägelverlust und Haarausfall ein. Die Entwicklung und Rückbildung des Krankheitsbildes geschah in der üblichen Art der exfoliativen Salvarsanerythrodermie, so daß die Pat. am 26. VIII. ohne wesentliche Gewichtsabnahme bei subjektivem Wohlbefinden entlassen werden konnte. Schluß-WR. ++.

Fall 2. G. S., 20 Jahre, Presserin. 6. Juli 22. Pat. wird auf polizeiliche Veranlassung hinsichtlich geschlechtlicher Erkrankung untersucht. Der Befund ergibt eine chronische Gonorrhoe der Zervix und der Urethra, sowie eine solche des Rektums mit einer pflaumengroßen, höckerigen, z. T. ulzerierten Wucherung am Anus, die für gonorrhoischer Natur erachtet wird. Außer beiderseits verdickten und harten Leistendrüsen ergibt sich für Lues kein Verdachtsmoment. Die Blutuntersuchung deckt eine latente Syphilis mit dreifach positivem Wassermann auf. Bei täglicher antigonorrhoischer Behandlung am 11. Juli 22 Beginn der ersten antiluetischen Kur mit 0.3 Neosalvarsan und 0,02 Sublimat in Linsermischung. Vom 14. Juli bis 1. August 22 erhält die Pat. sechs Neosalvarsaninjektionen zu je 0,45 mit je 0,03 Sublimat. Vom 4. August bis 25. August werden vier Neosalvarsaninjektionen zu 0,6 und vier intramuskuläre Mercinolinjektionen zu je 0,06 verabfolgt und die erste Kur mit insgesamt 5,4 g Neosalvarsan, 0,2 Sublimat und 0,24 Mercinol beendet. Die Pat. vertrug alle Injektionen ohne Beschwerden. Am 28. August 22 gibt die Pat. an, seit tags zuvor einen Ausschlag an beiden Ellenbogen bemerkt zu haben, der nicht juckte.

Befund: Mittelgroße Person mit kräftigem Körperbau, gut entwickelter Muskulatur und ziemlich reichem Fettpolster, Gesichtsfarbe frisch. Pat. hat keine gesteigerten Reflexe und macht einen ruhigen Eindruck. Haut und sichtbare Schleimhäute des ganzen Körpers weisen keinerlei pathologische Erscheinungen außer an beiden Ellenbogen auf. Hier sieht man in etwa handtellergroßer Ausdehnung um das Olekranon gruppiert stecknadelkopf- bis linsengroße knötchenförmige Effloreszenzen von durchschnittlich blaßroter Farbe. Im einzelnen erkennt man, daß die kleinen Effloreszenzen hautfarben, z. T. sogar noch etwas gelblicher, die großen röter, z. T. dunkelgrau-rot aussehen. Ganz symmetrisch konfluieren auf den Vorsprüngen beider Ellenbogen die Effloreszenzen zu bohnengroßen gut 1 mm aus dem Hautniveau hervorragenden Scheiben.

Digitized by Google

Während die kleinen und einzelnen Effloreszenzen polygonal umgrenzt und flach sind, z. T. eine deutliche Delle aufweisen, zeigen die größeren und konfluierten Effloreszenzen eine leicht kuppenförmige Oberfläche mit ausgeprägter grober Felderung. Die Effloreszenzen schuppen nicht, lassen sich nicht abkratzen und zeigen kein Wickhamsches Phänomen. Die Konsistenz ist mehr teigig als derb. Auf Glasdruck verschwinden sie im Hautniveau. An ihrer Stelle bleibt eine weiße bis gelbliche Färbung zurück.

Diagnose: Lichen ruber planus, lichenoide Dermatitis oder Erythema exsudativum multiforme?

Therapie: Observatio.

Verlauf: 30. VIII. 22. Die Zahl der einzelnen Effloreszenzen hat erheblich zugenommen. Befallen sind die Trapeziuswülste an beiden Halsseiten, die Ober- und Unterarme insbesondere an den Streckseiten, die Handrücken und die Füße im Bereich der Achillessehnen und der großen Zehen derart, daß auf einem Quadratzentimeter durchschnittlich 1—2 Effloreszenzen stehen. Die neuen Effloreszenzen sind zumeist stecknadelkopfgroß und sehen gelb aus; einige größere sind gelbrot bis rot. Um diese letzteren ist ein anämischer Hof in 1—2 mm Breite deutlich zu erkennen. Die bohnengroßen Effloreszenzen zeigen heute eine leichte zentrale Einsenkung mit livider Verfärbung. Mehrere Kratzstreifen sind perlschnurartig mit Knötchen besetzt, besonders auffallend ist ein solcher an der Beugeseite des rechten Unterarmes in 2,5 cm Länge und 1,5 mm Breite. An der Unterlippe vor dem rechten mittleren Schneidezahn findet sich an der Grenze des Lippenrots eine erbsengroße papulöse Erhebung, deren Kuppe feinste Netzbildung weißer Streifchen dicht aneinandergedrängt aufweist.

31. VIII. Bei ziemlich unverändertem Status Probeexzision einer mittelgroßen Effloreszenz aus einem Kratzstreifen am linken Ellenbogen.

4. IX. Die Herde an den Ellenbogen sind in Handtellergröße zu einer erythematösen Plaques konfluiert, deren Mitte schuppt; an den Unterarmen wie am Hals sind ein Teil der Effloreszenzen verschwunden, die anderen noch unverändert deutlich, insbesondere die auf den Kratzstreifen. WR ++++. Pat. klagt heute erstmalig über Jucken und Brennen.

6. IX. Weitere Rückbildung der Erscheinungen; Hals, Füße, Unterarme sind völlig frei.

11. IX. Entfernung der Klammern an der Exzisionsstelle, Heilung per primam. An den Ellenbogen noch Schuppung auf lividroten Flecken.

14. IX. Sämtliche Hauterscheinungen sind abgeheilt. Die Papel auf der Unterlippe ist im Niveau der Umgebung verschwunden; eine ganz feine, fast nur mit der Lupe sichtbare Netzzeichnung in linsengroßer Ausdehnung ist noch vorhanden.

Histologischer Befund: Hornschicht verdickt, besonders an den Follikelmündungen und den Drüsenausführungsgängen. Keine Granulosis. Intraepitheliales Ödem mit Lückenbildung im Rete Malpighi und der Basalzellenschicht. Im Epithel zahlreiche lymphozytäre Wanderzellen. Das ganze Epithel ist gespannt, so daß die Epithelzapfen fast gänzlich verstrichen sind. Keine interepitheliale Spaltbildung. Der Papillarkörper ist ödematös und zeigt hochgradige Gefäßsalterationen, vor allem maximale Erweiterungen, die sich stellenweise bis in das lockere basale Gefüge des Epithels hineindrängen. Alle Gefäße sind von lymphozytären Zellanhäufungen umscheidet, auch die der tieferen Schichten. Keine geschlossene zelluläre Infiltratausbreitung.

Die Krankengeschichten kurz zusammenfassend, sei festgestellt: bei beiden Kranken sehen wir im unmittelbaren Anschluß an ihre erste antiluetische Hg-Salvarsankur ein Exanthem auftreten, das unter anderen Effloreszenzen auch lichen-ruber-artige aufweist. In dem einen Falle sind es Erscheinungsformen von Urtikaria und Dysidrosis, im anderen solche von Ekzem und Erythema exsudativum multiforme, die mit den lichenoiden Anteilen dem ganzen Exanthem ein ziemlich vielgestaltiges Gepräge geben. Die Entwicklung des Exanthems bei der ersten Patientin zu einer exfoliativen Dermatitis, die histologische Untersuchung einer lichenoiden Papel von der zweiten Kranken beweisen, daß es sich keinesfalls um echte Fälle von Lichen ruber planus handelt. Denn wenn wir

Digitized by Google

auch nicht mehr die strengen Worte Kaposis: „Der Lichen ist entweder typisch oder er ist kein Lichen" (zit. nach v. Zumbusch) unserer Beurteilung zugrunde legen, so müssen wir doch daran festhalten, daß einerseits die echte Lichen-ruber-planus-Papel (von Atypien wie Lichen sclerosus usw. sei hier abgesehen) keine Metamorphose zu einer anderen Krankheitseffloreszenz durchmachen kann und daß andererseits von allen, sich auf der Haut offenbarenden Krankheitsformen die Lichen-ruber-planus-Papel mit zu denen zählt, deren histologisches Bild am meisten charakteristisch ist. Es würde zu weit führen, auf das große Material näher einzugehen, das hierüber bereits zusammengetragen wurde; allgemeine Anerkennung dürfte die Kombination von Hyperkeratose, Granulosis, Lückenbildung in der Epidermis und intrapapilläre lymphozytäre Infiltration als typisch für Lichen ruber planus gefunden haben.

Die Biopsie im Falle 2 wies zwar Hyperkeratose nach, doch fand sich keine Granulosis und vor allem kein freies, lymphozytäres Infiltrat. Die perivaskulären Infiltrate, die allerdings auch für die Anfangsstadien des echten Lichen ruber planus charakteristisch sind, sind weiter nichts als der Ausdruck einer mehr oder weniger schleichenden Entzündung und sind an sich nicht spezifisch für irgend eine Krankheit. Solchem histologischen Befund gegenüber konnten die klinischen Eigentümlichkeiten, sowohl die strichförmige Anordnung mancher Effloreszenzen, als auch die ein opakes Netz bildende Papel auf der Lippe die Diagnose „Lichen ruber planus" nicht behaupten. Übrigens kommen strichförmige Anordnungen der Effloreszenzen beim Erythema exsudativum multiforme, bei der Psoriasis und auch bei Lues vor, während die Bildung opaker Streifen auf der Mundschleimhaut bereits von mehreren Autoren bei nicht lichenoider Salvarsandermatitis festgestellt wurde.

So einfach und bestimmt nun an Hand der Entwicklung und der Histologie unsere Krankheitsfälle gegen den Lichen ruber planus abzugrenzen sind, dürfte doch die Frage einer Untersuchung wert sein, ob der erste klinische Befund an sich nicht genügend Eigenart aufweise, eine einwandfreie Diagnose zu ermöglichen. Buschke und Freymann geben als charakteristisch für die lichenoide Salvarsandermatisis an: Fehlen der jüngeren für Lichen ruber planus typischen Herde, keine Dellenbildung, kein Juckreiz, Befallensein der Streckseiten, Freibleiben des Mundes. Im Gegensatz zu den Angaben dieser Autoren zeigt Fall 1 stärksten Juckreiz und Fall 2 Beteiligung der Mundschleimhaut. Jene Angaben bedürfen somit einer Ergänzung. Mir scheint als erstes die erwähnte Vielgestaltigkeit des Krankheitsbildes ein Merkmal zu sein, das wohl kaum eine zweite Dermatose in dieser Art ihr eigen nennen kann. Das Befallensein der Streckseiten, vor allem an den Armen, ist, wie Buschke und Freymann es auch angeben, ein weiteres Kennzeichen für die Salversandermatitis; der Dysidrosis an den Händen dürfte wie bei der Arsenschädigung eine gewisse Spezifität zukommen. Was schließlich die Lichen-ruber-artigen Einzeleffloreszenzen angeht, so glaube ich, auf ein neues differential diagnostisches Untersuchungsmerkmal hinweisen zu können, das sich in meinen Fällen bewährt hat. Drückt man mit einem Glasstabe ganz langsam auf eine Papel von zweifelhaftem Charakter, so läßt sich die Pseudo-Lichen-Papel nach und nach abflachen, bis sie

Digitized by Google

vollständig glatt im Niveau der angrenzenden normalen Haut verschwunden ist. Eine echte Lichenpapel jedoch läßt sich nur so herunterdrücken, daß in ihrem Umkreis ein schmaler Luftsaum stehen bleibt, der einer grabenförmigen Einziehung der nächst umgebenden Haut entspricht. Die Erklärung für dieses Phänomen ist folgende: Die Pseudo-Lichen-Papel zeigt vornehmlich exsudativen Charakter; bei langsam sich steigerndem Druck verschwindet das Ödem, während die perivaskulären Infiltrate den Raum der vorher erweiterten und nunmehr leergepreßten Gefäßlumen einnehmen; die echte Lichenpapel aber zieht mit ihrem breit und flach auf der Subpapillarschicht ruhendem Infiltrat, das zumeist noch an den Seiten mit dicht gedrängten elastischen Fasern und den auseinandergefügten verschmälerten Epithelzapfen fixiert ist, die umgebende Haut mit in die Tiefe, so daß eine grabenförmige Einsenkung dort entsteht. Dieses Zeichen scheint mir vielsagender zu sein als Farbenunterschiede, die von allerlei anderen Umständen, wie Stärke des Druckes, Pigmentgehalt der Haut, Durchblutung usw. abhängen und außerdem nur Vergleichswert besitzen; selten aber dürfte man ein Gegenstück sofort zur Hand haben. Erst zahlreiche andere Fälle können dartun, ob meine, die obige Frage bejahende Antwort, daß nämlich die Lichen-ruber-artige Salvarsandermatitis klinische Eigentümlichkeiten zeige, die allein schon die Diagnose und eine Abgrenzung gegen den echten Lichen ruber planus ermöglichen, wird zurecht bestehen können. Die Vielgestaltigkeit dürfte als Standardsymptom feststehen.

Diese Feststellung legt die Frage nahe, inwieweit denn überhaupt die Bezeichnung „lichenoide Salvarsandermatitis" am Platze ist. Es muß betont werden, daß keines der bisher beschriebenen Salvarsanexantheme reinen lichenoiden Charakter zeigte, d. h. nur lichenartige Effloreszenzen besaß, sondern daß alle — auch meine eigenen Fälle — mehr oder weniger andere Krankheitseffloreszenzen darboten, wenn sie nicht, wie der Fall Keller, sich als echte Lichen-ruber-Erkrankungen erwiesen. Die Bezeichnung „lichenoid" ist daher eine Einseitigkeit zu ungunsten der übrigen gleichzeitig vorhandenen Formen ekzematöser, urtikarieller und anderer Art, selbst wenn diese, was aber durchaus nicht bei allen Fällen zutrifft, an Zahl und Ausdehnung zurücktreten. Heute steht die Lichenartigkeit im Vordergrund des Interesses, morgen vielleicht das dysidrotische oder spinulöse Moment der Erkrankung. Darf mit solchen mehr oder weniger psychologisch erklärbaren Einstellungen eine Namensgebung begründet werden? Es handelt sich um mehr als um Bezeichnungen! Es ist die Frage noch nicht angeschnitten worden, ob wir überhaupt eine neue Dermatose vor uns haben. Die Tatsache, daß lichenoide Exantheme bei zahlreichen Erkrankungen angetroffen werden, worauf ich bereits in Nr. 30 dieser Zeitschrift hingewiesen habe, sowie die Feststellung einer gewissen Einseitigkeit in der Namensgebung der „lichenoiden" Salvarsandermatitis gegenüber einem durchaus vielgestaltigen Bilde sollte zu Bedenken Anlaß geben. Ebenso wie der Lichen ruber planus die spinnwebartige oder streifenförmige oder getüpfelte Oberflächenzeichnung bei Aufhellung der Hornhaut auch schon vor Wickhams Entdeckung als Eigenart zweifellos besessen hat, ist es immerhin möglich, daß auch die Salvarsandermatitiden früher schon mit mehr

Digitized by Google

oder weniger ausgeprägten lichenoiden Merkmalen ausgestattet waren, die ihrer Geringfügigkeit und ihrer nur vorübergehenden Erscheinung halber vielleicht im Hintergrunde der Beobachtung geblieben sind. Die Erläuterung dieser Frage ist nicht nur grundsätzlich von Bedeutung, sondern auch deswegen wichtig, weil bei ihrer etwaigen Bejahung von vornherein der ätiologischen Forschung Wege verlegt werden, die einige Autoren bereits betreten wollten, indem sie Mängel der verabfolgten Medikamente als Ursache annahmen.

Mir scheint — wenn ich im Sinne der Einleitung Stellung zu der Frage nehme — die Ursache der lichenoiden Salvarsanexantheme durch das Zusammentreffen zweier toxischer Komponenten erklärbar zu sein. Wir wissen, daß Arsen fast in jeder medikamentösen Form Hyperkeratosen des Epithels verursachen kann. Bekannt ist des weiteren, daß organische Komplexe die Erscheinungen der Urtikaria, des Ekzems und des Erythema exsudativum multiforme mit vornehmlicher Beteiligung der Streckseiten der Extremitäten hervorzurufen imstande sind. Bei der lichenoiden Salvarsandermatitis hätten wir es nun mit einer örtlichen Kombination jener und dieser Schädigung zu tun. Die Art der Einzeleffloreszenzen sowie ihre Entwicklung wird durch das Überwiegen der einen oder anderen Toxikose bestimmt. Fall 1 mit zur lamellösen Abschuppung führenden Hyperkeratosen zeigt den ersten, Fall 2 mit den Reifungsformen des Erythema exsudativum multiforme den zweiten Typ. Die Fälle der anderen Autoren, auch die mit Pigmentierung, lassen sich ebenfalls zwanglos in diesem Sinne gruppieren. Auch die histologischen Befunde, in denen bald die Epithelschädigungen, bald die intrapapillären Gewebs- und Gefäßalterationen vorherrschen, würden eine Stütze dieser Auffassung sein. Eine dritte Beobachtung kann den Kreis dieser Betrachtungen schließen, das ist die auffallende Tatsache, daß bei meinen beiden Patienten, wie auch bei anderen beschriebenen, die WR bei dem Exanthem stark positiv blieb. Dieser Vorgang beweist doch, daß das Salvarsan (und Quecksilber?) nicht in der gewünschten und üblichen Weise als chemische Einheit gewirkt hat; der Effekt war eben ein anderer, er machte sich im Hautorgan bemerkbar, und zwar mit den den Bestandteilen des Salvarsans — Arsen einerseits, organischer Komplex andererseits — eigentümlichen toxischen Formen. Mit dieser Auffassung wäre natürlich keine letzte ätiologische Deutung gegeben, d. h. die Frage nicht geklärt, warum in manchen Fällen das Salvarsan gewissermaßen zerfallen wirkt, sondern nur die Vorstellung einer Pathogenese hypothetisch gebracht.

Zum Schlusse erscheint es mir noch nötig, auf die von Ferri und Tachau angeführten Fälle und ihre Deutung einzugehen. Während der erste Fall dieser Autoren eine zweifellose Salvarsandermatitis mit Lichenruber-artigem Exanthem darstellt, bei dem nur leider über die Art der Beteiligung der Streckseiten — von den verrukösen Effloreszenzen abgesehen — nichts gesagt ist, und dessen histologische „Gleichheit" mit Lichen ruber planus mir nur relativ zu sein scheint, ist bei dem zweiten Falle der lichenartige Charakter sehr gering ausgeprägt. Der dritte Fall wurde bereits von Kleeberg veröffentlicht und in meiner Tabelle verwertet. Die Erkrankung zeigte „typische, linsengroße Lichen-ruber-

Digitized by Google

planus-Effloreszenzen, teilweise strichförmig angeordnet .... Im Laufe der nächsten sechs Wochen auf der Lippenschleimhaut und am Zahnfleisch opake Lichenplaques", ein reines Lichenexanthem also, ohne andere dermatitische Effloreszenzen! Kleeberg ließ die Frage offen, ob es sich um ein zufälliges Zusammentreffen mit der Salvarsankur oder um einen durch das Salvarsan provozierten Lichen ruber oder schließlich um ein Salvarsanexanthem handelte. Frei und Tachau schließen diese Erwägungen „mit voller Sicherheit" aus und argumentieren: „Die Tatsache, daß nun bereits fünf Fälle bekannt geworden sind, in denen das Lichen-ruber-artige Exanthem mit dem Auftreten einer Salvarsandermatitis zeitlich zusammentraf, spricht dafür, daß auch die ohne Dermatitis verlaufenden Exantheme direkte Folgen der Salvarsanbehandlung sind." Zunächst einmal ist in diesem Satz gänzlich übersehen, daß es sich in jenen Fällen um ein Lichen-ruber-artiges Exanthem handelt, das klinisch und z. T. histologisch deutlich vom echten Lichen ruber unterschieden wurde, während sich bei Kleeberg echte Lichen-ruber-Effloreszenzen, und zwar nur solche fanden. Die obige Gleichung ist demnach unerlaubt.

Gerade diese Unterschiede der Form dürften beweisen, daß es sich bei den beiden Dingen um etwas Verschiedenes im Wesen handeln muß. Zählt man im übrigen die inzwischen von mir veröffentlichten zwei Fälle von echtem Lichen ruber planus bei Syphilis und die zur gleichen Gruppe gehörigen von Keller, Hoffmann, Queyrat und Rabut hinzu, so sind das bereits sechs Fälle von echtem Lichen ruber bei Lues und Salvarsan, von den zahlreichen älteren der Literatur ganz abgesehen, gegenüber nunmehr sieben toxischen Salvarsandermatitiden mit mehr, meistens aber weniger lichenoiden Anteilen. Die Fälle halten sich also die Wage, wenn man schon Zahlen als Beweise ansehen will; ein Verfahren, das an sich jedoch bei der ätiologischen Bedeutung des Zusammentreffens mehrerer Unbekannten gar nicht in Betracht gezogen werden darf. Daß die Erkrankungen der zweiten Art sich in der letzten Zeit anscheinend mehren, hat ebenso wie die besprochene Einseitigkeit der Namensgebung einen Grund, der auf psychologischem Gebiete zu suchen ist. Ich wenigstens bekenne für meine Person, daß ich die beiden beschriebenen Salvarsan-Exantheme niemals unter dem Gesichtswinkel der Lichen-ruber-Artigkeit veröffentlicht haben würde, wenn nicht Buschke und Freymann das Thema von diesem Standpunkt aus zur Diskussion gestellt hätten. Unsere ganze Einstellung neuen oder vermeintlich neuen Erscheinungen gegenüber pflegt von solchen Einflüssen abhängig zu sein; das darf bei kritischer Würdigung der Fälle selbst nie vergessen werden.

Digitized by Google

Aus der Universitäts-Klinik für Dermatologie und Syphilidologie in Wien
(Vorstand: Hofrat Prof. Dr. G. Riehl).

Die Allgemeinexantheme bei Mikrosporie: Mikrosporide.

Beobachtungen bei der derzeitigen Mikrosporieepidemie in Wien.

Von

Prof. Dr. L. Arzt, Assistent der Klinik.

(Schluß.)

Jadassohn, der im Oktober 1911 als erster ein lichenoides Exanthem am Stamm, bei Kindern mit Kerion Celsi, ein Trichophytid, feststellte und dessen Angaben in einer größeren Reihe von Publikationen durch Guth, Bloch, Saevès, Sutter, Pedersen, Rasch, Jessner, Pulvermacher, Bruusgaard bestätigt wurden, vertrat zuerst für die Entstehung dieser Exantheme die Meinung, daß es sich um eine ektogene Aussaat der Pilze von den Kopfherden aus handle. In seiner Ansicht wurde er dadurch bestärkt, daß Dubois bei oberflächlicher Trichophytie auch auf der nicht erkrankten Haut Pilze nachweisen konnte, und daß nicht so selten das multiple Auftreten von Pilzherden unter feuchten Verbänden bei isolierter, lokalisierter Trichophytie beobachtet wurde. Das klinische Bild, vor allem die Multiplizität, die Dissemination der kleinsten Efflorescenzen, die oft symmetrische Lokalisation des Ausschlages, der mitunter plötzliche Ausbruch verbunden mit einer erhöhten Temperatur, also schwereren oder leichteren Symptomen einer Allgemeininfektion meist vor Ausbruch des Exanthems, machen es bei einer gleichzeitig, lokalisiert im Bereiche des Kopfes, nachweisbaren Hyphomykose aber doch viel wahrscheinlicher, daß eine Allgemeinerkrankung, bedingt durch einen bestimmten Pilz — in unseren Fällen des Microsporon Audouini —, vorliege: eine Mikrosporose.

Bloch vertrat für die Pathogenese dieser Exantheme bei der Trichophytie eine andere Meinung. Er sucht in der hämatogenen Aussaat von Toxinen oder Pilzen die Ursache des Exanthems, die, auf dem Blutwege vom ursprünglichen Krankheitsherd abtransportiert, durch eine Wechselwirkung mit den Zellen des umgestimmten allergischen Hautorganes die Allgemeinexantheme bedingen sollen.

Jadassohn nahm neuerdings zur Pathogenese der Allgemeinexantheme bei den Hyphomykosen, insbesondere auf Grund neuerer experimenteller Untersuchungen (Guth, Saeves, Sutter) Stellung und änderte seine Meinung der ektogenen Entstehung zugunsten eines haematogenen Transportes von Pilzelementen ab. In einem positivem Tierversuch von Saeves bei Injektion von Pilzelementen in die Blutbahn und Nachweis von Pilzelementen in den Effloreszenzen des konsekutiv auftretenden Exanthems, ist eine wichtige experimentelle Stütze für den hämatogenen Entstehungsmechanismus durch Pilzverschleppung gelegen. Die Annahme einer Pilzverschleppung, sei es nun auf dem Blut- oder Lymphwege,

Digitized by Google

fand eine weitere Bestätigung durch Nachweis von Pilzen in einer Lymphdrüse durch Sutter, dann durch positive Blutkulturen wie sie Jessner und Ambrosoli mitteilten, und auch durch Bruusgaard, der in den Schnittpräparaten eines modösen Trichophytids ebenfalls Pilzelemente fand.

Abermals trat Bloch gegenüber diesem zweiten, außerordentlich klaren Jadassohnschen Standpunkt für seine erste Auffassung ein und betont noch mehr als bei seiner ersten Stellungnahme zur Entstehung der Allgemeinexantheme die Bedeutung des in den Blutgefäßen zirkulierenden, in die allergische Haut gelangenden, gelösten Toxins, wenn auch die Möglichkeit einer Dissemination von Pilzelementen zugegeben wird. In dieser Ansicht wurde Bloch auf Grund von experimentellen Untersuchungen, in deren Verlauf es ihm gelang, bei abgeheilten Trichophytiekranken durch Injektion von großen Mengen antigenen Materiales, das ist Trichophytin, Allgemeinexantheme, „Trichophytide" zu erzeugen, besonders gestärkt.

Drei Meinungen, die auf nachstehender Tabelle zusammengefaßt wurden, sind also bisher bezüglich der Entstehung der Allgemeinexantheme geäußert worden, von denen zwei, wenn wir die erste, die ektogene Theorie Jadassohns, heute als verlassen ansehen, noch als derzeit diskutierbar angesehen werden müssen: Die erste Erklärung Blochs, die Aussaat von Toxinen oder Pilzen in Wechselwirkung mit dem allergischen Hautorgan annehmend, die zweite Ansicht Jadassohns auf hämatogenem Transport von Pilzelementen, eventuell auch Toxinen beruhend.

Erklärungshypothesen der mykotischen Allgemeinexantheme.

Name des Autors	Art der Verschleppung	Verschlepptes Material	Verhalten der Haut	Entstehungsmechanismus
Jadassohn I	ektogen	Pilze	—	bakteriell
Bloch I	hämatogen	Toxine oder Pilzelemente	allergisch	toxisch und bakteriell
Jadassohn II	hämatogen	vorwiegend Pilzelemente, evtl. auch Toxine	allergisch	bakteriell und toxisch

Eine dezidierte Entscheidung in der so komplizierten Frage zu treffen, kann auf Grund unserer vier positiven lokalen Untersuchungsergebnisse bei 12 Fällen von Allgemeinexanthemen naturgemäß nicht erwartet werden, dies um so mehr, da uns die kulturellen Untersuchungen des Blutes und die histologische Untersuchung bisher immer wiederum im Stiche ließen. Im allgemeinen können die drei Ansichten über das Zustandekommen von Allgemeinexanthemen auf zwei vielleicht vereinigt werden: ein toxischer und ein bakterieller Entstehungsmechanismus oder eventuell beide miteinander vereinigt und nicht scharf voneinander getrennt. Für einen toxischen Entstehungsmechanismus, dem Bloch anscheinend mehr zuneigt, sprächen auch jene Versuchsergebnisse in unseren Fällen, bei denen nach Injektion artverwandten Antigens, eines Tricho-

Digitized by Google

phytins, ein Allgemeinexanthem, also ein Mikrosporid in Erscheinung trat. Da mit der intravenösen Applikation auch hoher Dosen Trichophytins nach Bloch aber kein Resultat in dieser Richtung bisher erzielt werden konnte, wurde der intrakutanen, in zahlreichen Fällen von einer lebhaften allergischen Lokalreaktion begleiteten, der Vorzug gegeben. In fünf Fällen war damit tatsächlich, mitunter von Allgemeinerscheinungen des Gesamtorganismus begleitet, ein Exanthem hervorgerufen worden, das teilweise durch sein schlagartiges Auftreten bald nach der Infektion gewiß für einen toxischen Entstehungsmechanismus sprechen dürfte. Für diese Meinung könnte auch noch ganz besonders der Umstand verwertet werden, daß die vorhandenen lokalen Herde der Mikrosporie in allen diesen Fällen niemals in die Gruppe des Kerion, wie dies bei den Trichophytiden die Regel vorstellt, gehörten, sondern vielfach nur ganz oberflächlicher Art waren. Trotzdem wäre der zweite Erklärungsvorgang, der bakterielle Entstehungsmechanismus, Verschleppung von Pilzelementen, durch diese Beobachtungen nicht widerlegt. Wie die histologischen Bilder zeigen, können sich bei der Mikrosporie außerordentlich tief in der Kutis, um die Haare herum, die Pilzelemente finden. Frédéric und Waelsch haben bei Mikrosporien und Trichophytien mit geringsten klinischen Gewebsveränderungen im mikroskopischen Bilde schwere entzündliche Zerstörungen nachweisen können, namentlich um die Follikel herum, so daß für einen Übertritt von Pilzelementen in die Blut- oder Lymphbahn eine Möglichkeit gegeben erscheint. Berücksichtigt man dann ganz besonders, worauf schon eingangs hingewiesen wurde, daß gerade die derzeitige Wiener Epidemie der Mikrosporie sich durch ihre entzündlichen Erscheinungen, wenn es auch niemals zu einer Kerionbildung kam, auszeichnete, so sind auch für den zweiten, den bakteriellen Entstehungsmechanismus, bestimmt Möglichkeiten gegeben.

Unbedingt aber erscheint es uns notwendig, ob wir nun einen toxischen oder bakteriellen, oder einen, was uns am wahrscheinlichsten erscheint, in der Kombination beider Momente gelegenen Entstehungsmechanismus der Allgemeinexantheme annehmen, daß das Exanthem schon einige Zeit vor dem Manifestwerden angelegt sein muß, ohne klinisch sichtbar zu sein, und daß späterhin nur mehr durch ein provozierendes Moment — sei es nun die Injektion eines Antigens (Trichophytins) oder vielleicht ein anderer uns noch unbekannter Umstand — dieses schon versteckt bestehende Exanthem zum sichtbaren Aufflammen gebracht wird. Unmöglich wäre es sonst, den mikroskopischen oder auch kulturellen lokalen Pilznachweis in den allerersten Tagen, wie es auch von anderen Autoren betont wird, in den oberflächlichsten Schichten, den Schuppen der Effloreszenzen, zu erklären, da es ja doch schwer verständlich erscheinen würde, daß verschleppte Pilzelemente in den wenigen Stunden, die von der Injektion des Antigens bis zum Auftreten des Allgemeinexanthems verstreichen, durch sämtliche Schichten der Epidermis hindurch bis in die Hornschicht vordringen und dort dann zum Nachweis gelangen könnten.

Sprechen also auch viele Untersuchungen der jüngsten Zeit für eine Verschleppung von Pilzelementen, vor allem auf dem Wege

Digitized by Google

der Blutbahn, so kommt der toxischen Komponente, vielleicht gerade nach der Richtung, die verschleppten und versteckt im Hautorgan deponierten Pilzelemente durch Provokation des Exanthems zur klinischen Darstellung zu bringen, eine ganz besondere Bedeutung zu. Vergleichsweise könnten ja vielleicht die Verhältnisse bei den Tuberkuliden — und es besteht ein weitgehender, vielfach betonter Parallelismus zwischen Trichophytiden und Tuberkuliden — herangezogen werden. Besonders beim Lichen scrofulosorum, der klinisch außerordentlich manchen Formen von Allgemeinexanthemen bei den Hyphomykosen gleicht, wird die sichtbare Auslösung des schon als angelegt supponierten Exanthems durch den Anreiz des Antigens auf die allergische Haut gerade durch Jadassohn angenommen.

Aus der Hautklinik der städtischen Krankenanstalten Essen (Chefarzt: Prof. Dr. Bering).

Ein Fall von Kalkablagerung in der Haut.

Von

Dr. A. Memmesheimer.

Mit einer Abbildung im Text.

Verkalkungen in der Haut und dem Unterhautgewebe wurden nicht allzu selten beobachtet. Meist waren es Gebilde epithelialer Natur, die verkalkt waren, aber keine multiple Konkrementbildungen. Nur bei wenigen trat die Kalkablagerung in Haut und Unterhaut an mehreren Körperstellen zugleich auf. Die Fälle von Weber, Jeanne, Morel-Lavallée, Riehl, von Tannenhain, Wildbolz, Lewandowsky, Jadassohn, Pontoppidan, Pospelow, die Arbeiten von Kluge, Milian, Vogel, Thimm, Löwenbach, Schnitzer, Doessecker bieten so verschiedenartige Bilder, daß man über die Ursache dieser Erkrankung zu keiner einheitlichen Auffassung gelangt ist.

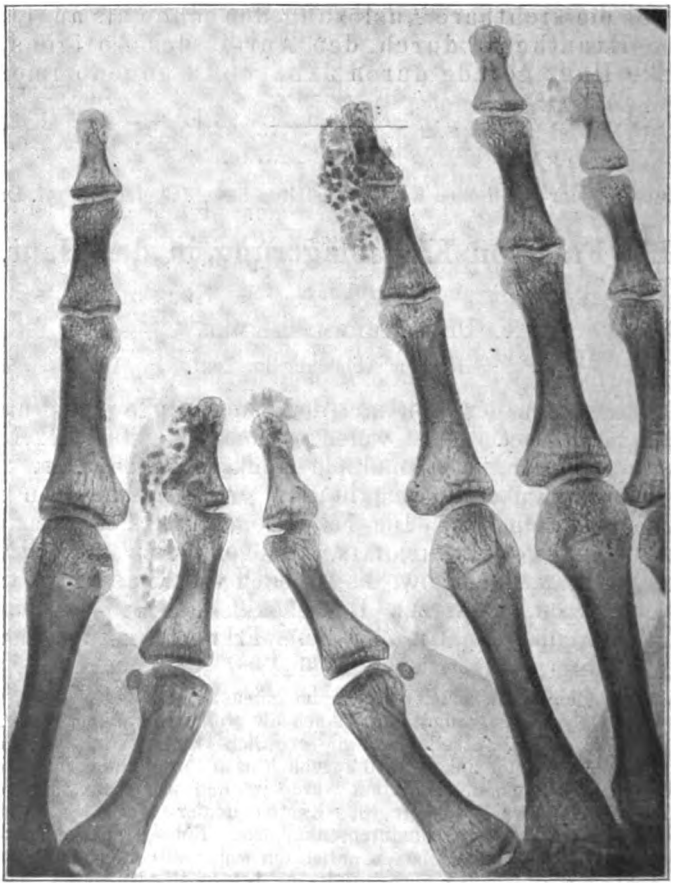
Im vorliegenden Falle handelt es sich um einen 18jähr. Bergmann, dessen Eltern und Geschwister leben und gesund sind. Auch die weitere Familie zeigt keine besonderen Krankheiten. Der Pat. selbst war nie ernstlich krank. Vor zwei Jahren begann am Zeigefingergrundglied der linken Hand angeblich nach Verbrennung mit einem Streichholz ein Knoten zu entstehen. Die Haut wurde rot und schmerzte. Im Verlaufe von 3—4 Wochen trat der etwa kirschkerngroße Knoten immer deutlicher unter der Haut hervor, bis eine weißliche Masse hindurchschimmerte. Eines Tages platzte bei der Arbeit die Geschwulst, die weißen Massen entleerten sich und verhärteten schnell an der Luft. Im Laufe der Zeit traten nacheinander an beiden Händen, aber immer an der Beugeseite, neue Knoten auf, die anfangs schmerzten, nach Eröffnung aber schnell unter Narbenbildung abheilten. Da die Erkrankung ihm Schwierigkeiten bei der Arbeit im Bergwerk machte, kommt Patient ins Krankenhaus.

Es ist ein mittelgroßer Mann in mäßigem Kräfte- und Ernährungszustand, dessen Haut und Schleimhaut mäßig durchblutet scheinen. Die Nacken-, Kiefer- und Halsdrüsen sind deutlich ipdolent geschwollen, weniger stark aber auch deutlich vergrößert sind die Drüsen der Achsel und Leistengegend. Die Schilddrüse ist nicht vergrößert. Untersuchung der Lungen, von Herz, Leber ergibt keinen krankhaften Befund, die Milz ist nicht palpabel. Ebensowenig zeigt das Nervensystem Veränderungen. Der Urin ist klar, zeigt sauere Reaktion, enthält kein Eiweiß, keinen Zucker, im Sediment sind Epithelien, ganz vereinzelte Leukozyten, harnsaure Salze. Spezifisches Gewicht 1015.

Digitized by Google

Die Blutuntersuchung ergibt: Erythrozyten 5,5 Millionen, 8200 weiße Blutkörperchen. Von letzteren Neutrophile 56%, Eosinophile 10%, Lymphozyten 11%, Übergangsformen 22%. Blutuntersuchung nach WASSERMANN und SACHS-GEORGI negativ.

Die Haut beider Hohlhände ist sehr dick und verhornt. In ihr sind vereinzelte erbsen- bis kirschkerngroße harte Knoten zu fühlen, die in verschiedenen Entwicklungsstadien teilweise oberflächlicher, teilweise tiefer liegen. Die oberflächlich liegenden lassen auf der Kuppe weißliche Massen durchschimmern. Die Knoten sind mit der Haut verschieblich und ein-



zelne schmerzen auf Druck, Entzündungserscheinungen fehlen. In großer Zahl stehen sie am Daumen zusammen. An einzelnen Stellen der Haut sieht man kleine, gut verheilte Narben.

Die Röntgenaufnahme beider Hände zeigt an den Fingern 1, 2, 4, 5 links und dem 1. rechts an den Endgliedern der Beugeseite zahlreiche kleine, rundliche, knochenähnliche Schatten, die besonders am Zeigefinger links und am rechten Daumen sich zu einem geschwulstartigen Gebilde zusammenlaufen. Knochen o. B.

Digitized by Google

Die Probeexzision an dem Zeigefinger links in Lokalanästhesie ergibt ein linsengroßes, keilförmig aus einem Knoten stammendes Stück. Man sieht auf dem Durchschnitt makroskopisch unter der Haut Teile eines Sackes, der mit einer weißen weichen Masse gefüllt ist, die an der Luft bald verhärtet. Unter dem Mikroskop erkennt man Debritus und Kalksalze (kleinste Mengen von Kalziumphosphat und Kalziumkarbonat).

Die histologische Untersuchung (Prof. WILKE-Bochum) ergibt folgenden Befund: Unterhalb der mit starker Hornschicht versehenen Epidermis liegt eine Epithelzyste bezw. Epithelperle. Entweder handelt es sich um eine angeborene örtliche Gewebsmißbildung im Sinne einer Epidermoidzyste oder, was wahrscheinlicher, um eine traumatisch bedingte Epidermiszyste.

Wie soll das Krankheitsbild gedeutet werden? Bei dem Fall von v. TANNENHAIN lagerten sich Kalksalze in Knäueln von degenerierten elastischen Fasern ab und führten durh Konfluenz zu den mikroskopisch erkennbaren Konkrementen.

RIEHL sieht den Anlaß zur Konkrementbildung seines Falles in den Entzündungsprodukten einer Schwefelsäure-Dermatitis. MOREL-LAVALLÉE glaubt, daß die Kalkmassen, welche durch kleine Hautgeschwüre ausgestoßen werden, aus den Lymphgefäßen der Haut und Unterhaut stammen. MILIAN tritt für die parasitäre Natur des Leidens ein, andere Franzosen sprechen direkt von einer Diabète phosphatique. JEANNE spricht sich über die Genese seines Falles nicht aus. WILDBOLZ kann unter Berücksichtigung aller vorliegenden Befunde keine Deutung seines Falles geben. JADASSOHN zeigt, daß die Kalkablagerungen bei seinem Patienten in Striae entstanden. Die Striae stellen eine Schädigung der elastischen Fasern dar, die genügt, um sie für die Imbibition mit dem im Übermaß im Blut zirkulierenden Kalk geeignet zu machen.

Einige Aufklärung geben die Versuche von HOFMEISTER. HOFMEISTER fand, daß eine Flüssigkeit, sobald sie auf irgend eine Weise ihre freie Kohlensäure verliert, in ihr enthaltenes phosphorsaures Kalzium ausfallen läßt, sofern die Geschwindigkeit des Flüssigkeitsstroms oder ein hoher Eiweißgehalt die Ausfällung nicht verhindern. LIESEGANG beleuchtet die Kalkabsonderungen vom Standpunkt des Physiologiechemikers. Er lehnt die Erklärungen DOSSEKERS ab, daß bei knochensubstanzzerstörenden Krankheitsprozessen eine Lösung der vorher fixierten Kalksalze und dadurch eine Überschwemmung der Gewebssäfte mit denselben eintrete. Kalksalze seien fast immer im Organismus enthalten, anderseits führten reichliche Kalkgaben, wie sie durch die neuen Präparate in den letzten Jahren viel genommen würden, an sich nie zu einer erhöhten Ablagerung von unlöslichen Kalkverbindungen im Organismus. Von den lebenden Zellen wird ständig Kohlensäure produziert, die als Lösungsmittel auf Kalziumkarbonat und Kalziumphosphat wirkt, die Zelle mit normaler Kohlensäureproduktion bleibt kalkfrei. Läßt diese Produktion nach oder hört sie auf, dann verkalkt die Zelle. So kommt es zur Ausfüllung von Kalk aus dem Plasma. Hiervon ist auch der Fall POSPELOWS ein Beispiel.

Schon DARIER und nach ihm BROCQ und andere zeigten, daß Kalkablagerungen als subkutane, nach einem Trauma entstehende Granulome

Digitized by Google

vorkommen. Diese verlaufen wie kalte Abszesse und heilen nach einem chronischen Verlauf mit Vernarbung.

Bei unserm 18jähr. Bergmann zeigten sich die Kalkablagerungen an den am meisten in Anspruch genommenen Stellen der Hohlhand. Kleine aber häufige Traumen (worauf auch der histologische Befund hinweist) rufen vielleicht Degenerationen der elastischen Fasern (im Sinne des JADASSOHNschen Falles) hervor, und Zellschädigungen, die eine Ausfüllung von Kalksalzen in der beschriebenen Weise veranlassen.

Ob bei diesen Prozessen die innere Sekretion, die ja in nahen Beziehungen zum Kalkstoffwechsel steht, eine Rolle spielt, vermögen wir nicht zu entscheiden. Der Fall von PONTOPPIDAN weist auf Drüsenstörungen hin. Bemerkenswert sind bei unserem Patienten die Drüsenschwellungen und die damit einhergehende Änderung des weißen Blutbildes mit der abnorm hohen Zahl der Eosinophilen. Epithelkörperchen, Schilddrüse, Thymus und Keimdrüsen stehen in nahen Beziehungen zum Kalkstoffwechsel. Da diese Drüsen zum Teil auch Einfluß auf die Regelung des weißen Blutbildes ausüben, könnte man in unserem Falle theoretisch einen Zusammenhang annehmen.

Literatur.

1. BROCQ, Traité élémentaire de dermatologie, 763. — 2. DOESSECKER, Arch. f. Derm., 1921, Bd. 129. — 3. DARIER, Le pratique dermatologique, 676. — 4. KLUGE. Abh. d. Phys.-Path., Jena 1841, zit. n. POSPELOW. — 5. HOFMEISTER, M. m. W., 1909. — 6. JADASSOHN, Arch. f. Derm., 1910, Bd. 100. — 7. JEANNE, Bull. et mémoir. de la soc. anat. d. Paris, 1900. — 8. LEWANDOWSKY, Virch. Arch., 1905, Bd. 181. — 9. LIESEGANG, Arch. f. Derm., 1922, Bd. 159. — 10. LÖWENBACH, Arch. f. Derm., 1904, Bd. 12. — 11. MOREL-LAVELLÉE, Rev. d. therapeut., 1901. — 12. POSPELOW, Arch. f. Derm., 1922, Bd. 140. — 13. RIEHL, M. m. W., 1902. — 14. v. TANNENHAIN, W. kl. W., 1901. — 15. THIMM, Arch. f. Derm., 1902, Bd. 62. — 16. VOGEL, Schmidts Jahrbücher 33, zit. n. THIMM. — 17. WILDBOLZ, Arch. f. Derm., 1904, Bd. 70. — 18. WEBER, Korr. Bl. Schweiz., 1878. — 19. MILIAN, Thèse d. Paris, 1889, zit. n. LEWANDOWSKY. — 20. PONTOPPIDAN, Hospitaltidende, 1921. Ref. im Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1921. — 21. SCHNITZER, Arch. f. Derm., 1921, Bd. 132. — 22. WEIL, Innere Sekretion. Berlin 1922.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1922, Bd. 140, H. 1.

Ein Fall von Creeping Disease, von EMERICH LEHNER, Hautabt. TÖRÖK-Budapest. S. 1—5. Beschreibung eines typischen Falles, der erstmalig in Ungarn beobachtet wurde. Es handelte sich wahrscheinlich um eine Larve von Gastrophilus equi. Abbildungen.

Über die künstliche Erzeugung von metastasierenden Mäusekarzinomen durch Bestandteile des Teerpeches (klin. u. histol. Untersuchungen), von W. DREIFUSS (mit Vorbemerkungen von Br. BLOCH), Universitäts-Hautkl. Zürich. S. 6—63. Als Grundlage dieser experimentellen Arbeit diente dem Verf. die Tatsache, daß es durch Teereinreibungen gelungen war, Mäusekarzinome zu erzeugen. Es gelang ihm, in den hochsiedenden Körpern des Teeres die wirksamen Bestandteile des Teeres zu finden. Die Tumoren, die zur Entwicklung kamen, waren fast ausschließlich Karzinome vom spino-zellulären Typus, Basalzellenkarzinome dagegen viel seltener; ausnahmsweise wuchsen Tumoren, die sehr an Sarkome erinnerten. Auffallend war in einigen Fällen eine im höchsten Grad entwickelte Polymorphie und Atypie der Zellen; es entwickelten sich Bilder, die für die präkancerösen Dermatosen typisch waren. Die klinischen Be-

Digitized by Google

funde ergaben entweder mehr erosive Primäreffloreszenzen oder mehr warzenförmige Wucherungen. Die sich daran stets entwickelten Tumoren wuchsen intensiv in alle Richtungen; die Tiere gingen meist in 5—8 Monaten kachektisch zugrunde. Die Sektionen ergaben echte Metastasen in Drüsen und besonders oft in Lungen.

Psoriasis vulgaris mucosae oris, von ARTHUR JORDAN, II. Universitäts-Hautkl. Moskau. S. 64—69. Bericht eines Falles, den der Verf. als echte Psoriasis anspricht. Erkrankt war ein Mädchen von 27 Jahren, die weder rauchte, noch Verdauungsstörungen hatte, auch für Syphilis keine Anhaltspunkte zeigte. Auf ihrem Körper waren viele typische Psoriasisplaques zerstreut vorhanden. Die Affektion befand sich auf der Schleimhaut beider Wangen in Form einer streifenförmigen, zarten, weißen Verfärbung und zeigte auf einer Stelle einen weißen, dicken Belag, der sich nicht abkratzen ließ. Die histologische Untersuchung ergab ein verbreitertes Stratum mucosum mit schleimig degenerierten Zellen und wohlerhaltenen Kernen. Über dieser Schicht lag eine Schicht abgeplatteter Zellen, die tinktoriell deutlich hervorstachen. Darüber fanden sich Hervorragungen von lockeren verhornten Zellen. Die Basalschicht des Rete war deutlich vom Korium abgetrennt, bis auf einige kleine Stellen, wo sich Lymphozyten in die epithelialen Zellen einschoben. Die Papillen waren verlängert und verschmächtigt. In den oberflächlichen Partien des Koriums waren stellenweise Rundzelleninfiltrate vorhanden. Als differentialdiagnostisch der Leucoplacia oris gegenüber fehlte eine Hypertrophie der Körnerschicht und die sklerotischen Prozesse im Korium.

Über einen Fall von Granuloma annulare, von DESIDER KENEDY, Hautabt. TÖRÖK-Budapest. S. 70—74. Bericht eines typischen Falles. Histologisch ließ sich keine Nekrose nachweisen. Der Verf. rechnet das Granuloma annulare zu den Geschwülsten der Bindegewebsgruppe. Die 60jährige Pat. litt seit 10 Jahren an Diabetes; die Hautaffektion bestand seit 4 Jahren.

Ein Fall von Kalkablagerungen in der Haut, von W. A. POSPELOW-Moskau. S. 75—84. Bei einer sonst gesunden Pat. von 17 Jahren zeigten sich in der Gegend beider Knie, auf den Handfingern und in der Gegend des linken Ellenbogens Ablagerungen von kohlensaurem und phosphorsaurem Kalzium. Die Ablagerungen befanden sich in einer aus fibrösem Gewebe bestehenden Kapsel und lagen im Bindegewebe der Haut. In der Umgebung des Granulationsgewebes waren Riesenzellen vorhanden, sonst war die histologische Struktur der Haut normal. Röntgendurchleuchtungen der Gelenke und Knochen ergaben normale Befunde. Die Blut- und Urinuntersuchungen gaben ätiologisch keine Anhaltspunkte. Der Verf. glaubt am ehesten, daß im vorliegenden Fall sich die Löslichkeit des Kalziums im Blutplasma geändert hatte und daher dasselbe aus dem Plasma ausgefallen war. Da im vorliegenden Fall im Blut kein übermäßiges Vorhandensein von Kalzium nachweisbar war, rechnet der Verf. mit der Möglichkeit einer Vermehrung von CO_2 im Blut. Durch äußere Umstände war es dem Verf. nicht möglich, die CO_2-Menge im Blut zu bestimmen.

Zur Frage der Zugehörigkeit des Angiolupoids von BROCQ-PAUTRIER zur Tuberkulose der Haut, insbesondere zu BORCKS Miliarlupoid, von FRANZ WALTER, Hautabt. am staatl. St. Lazarus-Spital, Krakau. S. 83—104. An der Hand eines selbst beobachteten Falles und als Resultat einer kritischen Betrachtung der in Frage kommenden Literatur präzisiert der Verf. seine Anschauung dahin, daß das Angiolupoid eine besondere Krankheitsform ist und zu den Tuberkuliden gehört. Es hat einen negativen Tuberkelbazillenbefund, negative Impfversuche und negative Tuberkulinreaktion. Das Angiolupoid muß vom Miliarlupoid von BORCK unterschieden werden, da es sich klinisch und histologisch von ihm unterscheide.

Die Soormykose der Haut, von L. KUMER, Klinik RIEHL, Wien. S. 105—137. In Ermangelung einer zusammenfassenden Darstellung holt der Verf. dieses nach. Er unterscheidet folgende klinische Hautkrankheiten: Soormykose der Haut, Soormykose der Mamma, inguinale und anale Soormykose, interdigitale Soormykose, Soormykose nach Umschlägen, Wasserbettmykose, Soormykose der Nägel. Die aufgezählten Krankheiten repräsentieren einheitliche Krankheitsbilder. Zur Sicherstellung der Diagnose ist es notwendig, daß sich im Nativpräparat Myzelfäden resp. Sporenhaufen finden lassen. Der kulturelle Nachweis von Pilzen genügt zur Diagnose nicht, da dieselben oft als harmlose Saprophyten in geringer Zahl auf gesunder Haut vorkommen. Die biologischen Immunitätsreaktionen erweisen sich oft als negativ und können deshalb zur Diagnose nicht herangezogen werden. Eine Klassifizierung der Soorpilze ist bisher nicht gelungen. Im Tierversuch ist die Pathogenität der Stämme nachgewiesen worden. Künstliche Infektionsversuche sind oft positiv ausgefallen. Therapeutisch haben sich Schälung und

Digitized by Google

Desinfektion als praktisch erwiesen. Die eigenen Beobachtungen des Verf. und die bisherigen Veröffentlichungen lassen es wahrscheinlich erscheinen, daß es auch eine Soormykose der Nägel gibt. Als Bezeichnung für die Soorerkrankungen schlägt der Verf. die Bezeichnung „Soormykose" vor.

Über die Bedeutung der endokrinen Drüsen für die Ätiologie der Impetigo herpetiformis, von Franz Walter, Hautabt. des St. Lazarus-Spitals, Krakau. S. 138—149. Bericht eines typischen Falles, der durch Osteomalacie kompliziert war. In den zwei vorhergehenden Schwangerschaften trat die Hautaffektion gleichfalls nur in geringem Maße auf und verschwand stets nach der Geburt. Gleichzeitig mit ihr bestand Osteomalacie. Ätiologisch ließ sich Sicheres nicht nachweisen. Das Blut erwies sich als steril. Das Zusammenauftreten und Zusammenverschwinden der Impetigo herpetiformis und der Osteomalacie läßt für beide Krankheiten dieselbe Ursache vermuten. Da die Osteomalacie durch Störungen im System der endokrinen Drüsen, ohne Bevorzugung einer besonderen entstehe, muß man dieselbe Ursache für die Impetigo herpetiformis vermuten. Die Osteomalacie tritt außer bei Frauen auch bei Kindern und Männern auf; man muß von der Impetigo herpetiformis dasselbe vermuten. Bei nicht zu sehr fortgeschrittenen Fällen von Impetigo herpetiformis bringen Behandlungen mit Serum von gesunden Schwangeren Heilung mit sich.

Gruppierte Komedonen mit „pseudolupösen" Infiltraten an der Stirn bei Kindern, von A. Kissmeyer, Finsen-Institut, Kopenhagen. S. 150—155. Es handelt sich um ein Krankheitsbild, das von Radcliffe Crocker und Colcott Fox 1882 erstmalig beobachtet worden ist und seitdem kaum Beachtung gefunden hat. Die Hautaffektion tritt in gruppierten Komedonen auf der Stirn bei Kindern auf. Die Fälle des Verf. zeigten außerdem kleine bräunliche Flecke, die den Charakter von Lupusknötchen hatten. Ätiologisch sind mechanisch-physikalische Momente anzunehmen. Der Verlauf ist ein gutartiger. Es kann spontane Heilung eintreten. In Fällen des Verf. trat Heilung nach Quarzlichtbestrahlungen ein. Histologisch fanden sich zystisch erweiterte Follikel, Infiltrationen aus lymphozytoiden Zellen, Plasmazellen, Fibroblasten, Mastzellen und Riesenzellen. Die Infiltrationen sind zum Teil um die Follikel gelagert, zum Teil sind sie zwischen denselben gelegen und sind dann scharf abgegrenzt. Der Verf. bezeichnet die Infiltrate, die klinisch die kleinen bräunlichen Flecke dokumentieren, weil sie den Lupomen ähnlich gebaut sind, als pseudolupöse.

Über das Herkommen lipoider Zellgranula, von C. Kreibich, D. derm. Univ.-Klin., Prag. S. 158—161. Es gelang dem Verf. an durch Röntgen bestrahlten Hautkarzinomzellen durch Färbung von Sudan die Herkunft des alkohollöslichen Lipoids zu ergründen. Es ließ sich deutlich eine Verbindung der Lipoidtropfen mit dem Kern, resp. dem Nukleolus nachweisen. In diesem Befund sieht der Verf. eine neue Stütze dafür, daß alle ungeformten Zellgranula aus dem Kerne stammen.

Beiträge zur Kenntnis der Ulzerationen am äußeren weiblichen Genitale, von Herbert Planner und Franz Remenowsky, Klinik Finger, Wien. S. 162—188. Die Verff. liefern charakteristische Krankheitsbilder vom Ulcus blennorrhoicum, von den Ulcera aphthosa, von Ulzera beim Typhus abdominalis. Außerdem bringen sie vier Krankheitsbilder einer Vulvitis ulcerosa bei gleichzeitig bestehendem Erythema nodosum. Bei diesen Patientinnen ließ sich anamnestisch feststellen, daß die Geschwüre nicht im Anschluß an einen Geschlechtsverkehr entstanden waren. Klinisch boten sie den Charakter von runden oder ovalen Geschwüren, die die Größe einer Linse bis zu einem Kreuzer hatten, zum Teil waren die Geschwüre durch Konfluenz vergrößert; sie lagen entweder oberflächlich oder reichten bis in das subkutane Fettgewebe hinein; die Ränder waren scharf und unterminiert; der Grund der Geschwüre war mit graugelbem Belag bedeckt; sie zeigten starke Sekretion und waren sehr schmerzhaft; ihren Sitz hatten sie an den kleinen Labien und anliegenden Partien der Vulva; sie heilten zumeist in einigen Wochen ab und rezidivierten selten. Mikroskopisch und kulturell ließ sich nichts Positives für die sonst bekannten Erreger von ähnlichen Geschwüren feststellen. Das gleichzeitige Bestehen von typischen Erythema nodosum-Herden mit Gelenkschwellungen und gleichzeitiges Zurückgehen der Genitalgeschwüre mit dem Zurückgehen der Gelenkschwellungen sowie das Auftreten neuer Geschwüre mit dem Auftreten eines neuen Schubs von Erythemknoten ließ es vermuten, daß es sich um genitale Lokalisationen eines Erythema nodosum handelte. Da zum Bilde eines Erythema nodosum keine Geschwüre gehören, ist das Auftreten dieser durch die lokalen Terrainverhältnisse der Vulva zu erklären.

E. Hornemann-Lüneburg.

Digitized by Google

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Mai 1922. Nr. 5.

Syphilisbehandlung ausschließlich mit Salvarsan (Traitement de la syphilis par le salvarsan exclusivement [Dix ans d'expérience]), von R. Krauping-Christiania. S. 193—205. Verf. hat fast ausschließlich mit Altsalvarsan gearbeitet. Sorgfältige Technik und Dosierung sind für ihn unerläßliche Bedingung zur Vermeidung von Körperschädigungen durch Salvarsan. Bezüglich der WR bemerkt er, daß er sich mit einigen unbedeutenden Modifikationen der alten Technik bedient hat und damit am besten gefahren sei. Jeden Wert spricht er der provokatorischen Salvarsaneinspritzung ab. Im ganzen hat Verf. im Verlauf der 10 Jahre 611 Fälle von primärer Syphilis behandelt, davon sind 320 mit mindestens drei Einspritzungen, 178 nur mit einer oder zwei Einspritzungen behandelt worden. Von 390 mit drei und mehr Einspritzungen behandelten Fällen blieben 169 seronegative syphilitische Schanker ohne Rezidiv, mit negativer WR. Bei den 221 seropositiven Fällen von Primärsyphilis wurde in 19 Fällen ein Rezidiv beobachtet. Verf. steht auf dem Standpunkt, daß bei seronegativen primären Fällen 5 Einspritzungen in 14tägigem Intervall genügen, und zwar Altsalvarsan 606 0,5—0,6 pro dosi für erwachsene Männer, 0,3—0,4 für Frauen. Bei seropositiven syphilitischen Schankern muß man nach den ersten 5 Einspritzungen mit 14tägigem Intervall die Einspritzungen noch fortsetzen mit 3—4wöchigem Zwischenraum. Bei den Fällen von sekundärer und tertiärer Syphilis hat Verf. keine besonders bemerkenswerten und von der Regel abweichenden Erfolge erzielt.

Gebärmutterhalskrebs und Syphilis (Cancer du col utérin et syphilis), von C. Audry und P. Suquet-Toulouse. S. 206—208. Unter Berücksichtigung verschiedener statistischer Erhebungen wird auf den häufig beobachteten Zusammenhang von Gebärmutterhalskrebs und Syphilis hingewiesen. Die Verff. ziehen daraus den Schluß, daß die Syphilis eine hervorragende Rolle in der Ätiologie des Gebärmutterkrebses spielt.

Ätiologische und histologische Betrachtungen bei einer Epidemie von Keratosis follicularis (Considérations étiologiques et histologiques à propos d'une épidémie de kératose folliculaire), von A. Peyri Rokamora-Barcelona. S. 209—226. In einem Kinderheim hat Verf. 14 Kinder im Alter von 7—13 Jahren beobachten können, die plötzlich mit Keratosis follicularis erkrankten. Die Erscheinungen bestanden in teils dicht, teils weniger dicht stehenden schmutzig-weißen, gelben oder grauen Hornstacheln bzw. Hornsäcken, die in grubiger Vertiefung sitzend von der Haut eingeschlossen waren. Das Ganze bot das Bild eines Reibeisens dar. Zum Teil lagen Hautschuppen um und über den Stacheln. Zum anderen Teil saßen sie auf Papillen. Die Haut um die hornartigen Gebilde herum war bei einigen normal, bei anderen verdickt oder xerodermatisch. Die Verteilung der Hornstacheln war in zwei Typen angeordnet. In den meisten Fällen war Sitz der Erkrankung die Streckseiten der Arme und Beine, in anderen waren vornehmlich die Beugestellen des Körpers befallen. Stets jedoch waren Handteller und Fußsohlen frei. Dauer der Erkrankung bis zu 3 Monaten. Später erkrankten noch 5 Kinder unter denselben Erscheinungen. Histologisch wurde Hyperkeratose der Follikel, Hyperakanthose der Epithelschichten des Follikels beobachtet. An einzelnen Stellen bestand leichtes Ödem der Haut. Perifollikulär zeigten die Gefäße geringe Infiltration, und außerdem bestand Atrophie der Talgdrüsen. Bakteriologisch und kulturell wurden Kokken von grauer Farbe gefunden. Mit Rücksicht auf die enge Gemeinschaft der Kinder und den gemeinsamen Gebrauch von Toilettegegenständen hält es Verf. für sehr wahrscheinlich, daß es sich um die kontagiöse Form der Keratosis follicularis handelt. Den Verdacht, daß es sich in den beobachteten Fällen um eine trichophytäre Erkrankung handele, entkräftet Verf. dadurch, daß er weder histologisch noch bakteriologisch die Spur eines solchen Parasiten gefunden hat.

Beitrag zum Studium des Lupus pernio (Contribution à l'étude du lupus pernio), von Robert Rabut. S. 227—244. Ausgehend von der ersten Beschreibung des Lupus pernio von Besnier bespricht Verf. nacheinander die einzelnen Auffassungen dieser Erkrankung. Im besonderen weist er auf die Arbeiten von Schaumann-Stockholm hin, der die tuberkulöse Ätiologie des Lupus pernio bezweifelt und die Erkrankung als eine lymphatische Affektion, speziell eine Lymphogranulomatose, betrachtet wissen will. Der vom Verf. selbst beobachtete Fall, dessen Krankengeschichte er anführt, deutet auf die Verwandtschaft des Lupus pernio mit dem Boeckschen Sarkoid hin, auf die schon Danlos und Flandin hingewiesen haben. Im Anschluß daran werden die Unter-

Digitized by Google

suchungen von Brocq, Pautrier, Gougerot, Kreibich u. a. besprochen, die ebenfalls teils auf die Beziehungen des Lupus pernio zum Sarkoid Boeck bzw. zur Lymphogranulomatose hinweisen. Der Lupus pernio ist als eine Art Hautreaktion aufzufassen, die im Laufe einer chronischen Infektion von nicht eindeutiger Ätiologie auftritt. Entsprechend dem Syndrom, wie es Schaumann aufgestellt hat, schlägt Verf. vor, ihm die Bezeichnung „Lupus pernio vom Typ Schaumann beizulegen.

Juni 1922, Nr. 6.

Über verkalktes Epitheliom; eine histologische Studie (De l'épithéliome calcifié, étude histologique), von W. Dubreuilh und E. Cazenave. S. 257—268. Als Basis für die vorliegende Studie dienen den Verff. sieben Fälle von verkalktem Epitheliom. Klinisch ist das verkalkte Epitheliom ausgezeichnet durch sein Auftreten in jedem Lebensalter, durch langsames Wachstum, durch Einzelvorkommen als ein Gebilde von Erbsen- bis zuweilen Gänseeigröße, sowie durch Vortäuschen einer Härte, die größer erscheint, als es bei der Sektion der Fall ist. Histologisch besteht das Epitheliom aus Anhäufung von Epithelzellen besonderen Typs, unfähig zur Weiterentwicklung oder zur Degeneration, dagegen frühzeitige Nekrose. Das Stroma enthält zahlreiche Riesenzellen, die sonst bei keinem Epitheliom gesehen werden. Hinsichtlich der klinischen und histologischen Entwicklung lassen sich zwei Perioden unterscheiden. Die erste sehr kurze Zeit zeigt Entwicklung von Epithelknoten, die schnell der Nekrose anheimfallen. Die zweite, am häufigsten beobachtete Periode dauert unbeschränkt lange. Die Epithellappen werden langsam von den Phagozyten des Stromas aufgefressen. Der Verkalkungsprozeß selbst ist eine banale Degenerationserscheinung.

Ein Fall von syphilitischen Sekundärerscheinungen bei einem Paralytiker (Sur un cas de phénomènes secondaires syphilitiques observés chez un paralytique général), von Germain Mestchersky-Moskau. S. 269—274. Ein Paralytiker zeigte im ersten Jahr seiner Hirnerkrankung und sechs Jahre nach der Infektion sekundär-syphilitische Erscheinungen auf der Mundschleimhaut.

Endokrine Störungen angioneurotischer und angioneurotisch-trophischer Art auf syphilitischer Basis. Raynaudsche Asphyxie, Pickscbe Erythromélie (Endocrinides syphilitiques angio-neurotiques et angio-neuro-trophiques. Asphyxie de M. Raynaud, érythromélie de Pick), von Ch. Audry und Chatellier-Toulouse. S. 275—293. An Hand von ausführlichen Krankengeschichten, die zu einem kurzen Referat nicht geeignet sind, werden die endokrinen Störungen dieser Fälle, die sämtlich syphilitischen Ursprungs sind, erläutert. Es sind ein Fall vom Typ Raynaud sowie drei Fälle von Erythromelie Pick, darunter die bereits von Herxheimer-Hartmann sowie Fordyce veröffentlichten Fälle. Nach den Verff. sind charakteristisch für die syphilitischen endokrinen Störungen folgende Punkte. Die Störungen bieten weder eine spezifische Anordnung noch einen spezifischen Schmarotzer dar. Nicht immer werden sie durch eine spezifische Behandlung geheilt. Sie sind nicht einmal in dem Sinne spezifisch, als der Symptomenkomplex durch andere Ursachen bestimmt sein kann als nur durch die Spirochäte. Aus den Schlußfolgerungen der Verff. geht hervor, daß das Raynaudsche Syndrom ein Beispiel für syphilitische angioneurotische endokrine Störungen, die Erythromelie Pick zuweilen syphilitischen Ursprungs mit angioneurotischem Charakter. In beiden Krankheitsbildern handelt es sich aber nicht um reine endokrine Störungen, sondern nebenbei bestehen noch syphilitische Erscheinungen.

Über das Ringelhaar (Le Monilethrix), von J. Golay-Genf. S. 294—308. Verf. hat Gelegenheit gehabt, bei einem 5jähr. Mädchen, das das zehnte Kind ist, einen Fall von Ringelhaar eingehend zu studieren. Seine Untersuchungen ergaben folgendes: Länge der Haarspindel sowie die der Einschnürung sind nicht immer gleich. Der Rhythmus des Wechsels zwischen beiden ist täglich. Die Spindelbildung geschieht tagsüber, die Einschnürung nachts. Das Pigment fehlt oder ist vermindert an den Verjüngungen der Spindel. Das Haar bricht immer in Höhe der Einschnürung ab, oft mit pinselförmiger Ausfaserung. Die Erkrankung ist in das Gebiet der Störungen trophischen Ursprungs einzureihen, abhängig vom sympathischen Nervensystem und den Drüsen mit innerer Sekretion. Vielleicht ist sie aber auch nur eine Übertreibung einer physiologischen Erscheinung.

F. Quasig-Hamburg.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Urogenitalapparat.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Über solitäre Nierenzysten, von Claus Harms. (Bruns Beitr., 1922, Bd. 125, H. 3, S. 688—694.) Der bisherige Literaturbericht ist sehr spärlich. Die Solitärzysten sind zu unterscheiden von der kongenitalen Zystenniere. Sie stehen in inniger Verbindung mit dem Nierenparenchym. Eine Verbindung mit den Harnwegen fehlt immer. Klinisch diagnostizierbar sind sie bei gewisser Größe. Die Diagnose ist schwer, event. durch Pyelographie und Pneumoperitoneum. Therapie kann nur eine chirurgische sein, Ausschälung der Zyste, event. Resektion der Zystenwand.
W. Chrzeltizer-Waldenburg i. Schl.

Beiträge zur Frage von der klinischen Bedeutung der akzessorischen Nierengefäße, von Gustaf Petrén-Upsala. (Bruns Beitr., 1922, Bd. 125, H. 3, S. 493–518.) Akzessorische Nierengefäße sind Gefäßabnormitäten, die zu den schwersten Folgeerscheinungen führen und von wechselndem anatomischem Typus sein können. Die Literatur ist sehr spärlich. Die klinische Bedeutung liegt teils darin, daß sie evt. die Passage des Urins aus dem Nierenbecken mechanisch erschweren, und dadurch zur Entstehung einer Hydronephrose beitragen, teils durch starke Blutung, falls bei einer Operation die Gefäße übersehen werden. Man sollte ein abnormes Nierengefäß in Verdacht haben bei jedem Patienten, der wiederholte Schmerzanfälle von Nierenkoliktypus oder wiederholte Pyelitisattacken erlitten hat, wenn das Röntgenbild nicht Stein zeigt, wenn der Harnleiter sich auf normale Weise katheterisieren läßt und die Pyelographie dilatierte Nierenbecken zeigt. Verf. glaubt, daß der Befund eines akzessorischen Nierengefäßes öfters sei, wenn man darauf achten wollte. W. Chrzelitzer-Waldenburg i. Schl.

Die unmittelbaren Folgen der Nephrektomie (Les suites immédiates de la nephrectomie), von Leguéu. (Progr. méd., 1922, Nr. 1.) Für die unmittelbaren Folgen kommen in Betracht: der renale Faktor (Anurie), der chirurgische Faktor und der Faktor der Tuberkulose, die in den meisten Fällen vorhanden ist und deren evt. anderweitigen Lokalisationen von Bedeutung werden können. E. Levin-Berlin.

Wertvolle Nierenfunktionsproben (Worthwhile Tests of Kidney Function), von Marshall Ford Morris-Atlanta, Ga. (New York m. J., 1922, Bd. 115, Nr. 9.) Neben der gewöhnlichen Untersuchung auf Albumin und Formbestandteile haben sich als wertvoll für die Prüfung der Nierenfunktion drei Proben erwiesen: 1. die Phenolsulphonaphthaleinprobe; 2. die Zweistundenprobe (zweistündliche Untersuchung), die die Bestimmung der Differenz zwischen Aufnahme und Ausscheidung von Flüssigkeiten, Salz und Stickstoff enthält, die der Patient mit einer salz- und proteinreichen Diät aufnimmt; 3. chemische Analyse des Blutes. E. Levin-Berlin.

Die Wichtigkeit der Röntgenuntersuchung für die frühzeitige Diagnose von Nierensteinen (The Importance of Roentgen Examination in the Early Diagnosis of Renal Calculus), von William H. Schmidt-Philadelphia. (New York m. J., 1922, Bd. 115, Nr. 9.) Mit geeigneten Apparaten und Erfahrung ist bei nicht zu fetten Pat. der Nachweis von Nierensteinen bei der Mehrzahl der Fälle möglich.
E. Levin-Berlin.

Das Harnpepsin (La pepsine urinaire), von Lorper und Baumann. (Progr. méd., 1922, Nr. 18.) Beim normalen Individuum nimmt das Pepsin im Harn nach der Mahlzeit in konstanter Weise zu, in nüchternem Zustande fehlt es oder ist nur schwach, stärker nur bei gastrischen Beschwerden und Hypersekretion. Nach der Mahlzeit ist es variabel ohne direkte Beziehung zu pathologischen Zuständen oder selbst zur Pepsinsekretion des Magens, es kann keinen diagnostischen Wert beanspruchen. Starke Pepsinurie hat jedoch pathologische Bedeutung, sie scheint in Gemeinschaft mit allgemeinen Störungen, besonders vaskulären und nervösen, aufzutreten. E. Levin-Berlin.

e. Weibliches Genitale.

Untersuchungen über die Genitalnervenkörperchen in der Klitoris und den kleinen Labien, von Fr. Chr. Geller-Dresden. (Zbl. f. Gynäk., 1922, Nr. 16, S. 623.) Die Nervenendigungen im Bereich der Klitoris und den kleinen Labien werden eingeteilt in freie Nervenendigungen und in Nervenendkörperchen. Die freien Nerven-

Digitized by Google

endigungen verlaufen mit ihren feinsten Enden bis unter das Epithel, die Nervenendkörperchen findet man ausschließlich unterhalb des Stratum papillare. Hier sind sie nur durch den Verlauf der Fasern von den Nervenquerschnitten zu unterscheiden, während nämlich bei den Nervenquerschnitten der Verlauf der Fasern ein einheitlicher, längs- oder quergerichteter ist, ist der der Nervenendkörperchen ein wirrer, ihre Nervenfasern anastomosieren mit anderen Nervenendkörperchen oder mit anderen Nervenfasern. Verf. betont, daß diese Endkörperchen in unmittelbarer Nähe der Kapillaren liegen, ohne aber daraus weitgehendere Schlüsse zu ziehen. Die Endkörperchen selbst sind gut abgekapselte, schleifenförmige, spiralige oder knäuelartige Auffaserungen von Nerven mit zentral gelegenem, aus konzentrischen Bindegewebslamellen bestehenden Körpern, sog. „Zentralkörpern", die von einem dichten Netz feinster Nervenfasern umsponnen sind. A. Rosenburg-Berlin.

Elephantiasis des Labiums (Elephantiasis of the Labium), von Ralph W. Mendelson-Bangkok, Siam. (Brit. m. J., 27. Mai 1922, S. 839.) Elefantiasis der Labien ist selbst in Siam, wo Filaria-Infektionen sehr häufig sind, selten. Bei einer Patientin entwickelte sich im Verlaufe von etwas über $^1/_2$ Jahr ein 7 Pfund schwerer, elefantiastischer Tumor des linken Labiums, der erfolgreich operiert wurde. Fieber und subjektive Beschwerden verschwanden trotz noch vorhandener Mikrofilarien im Blut.
E. Sklarz-Berlin.

Elephantiasis vulvae, von A. Ravogli-Cincinnati. (J. of Cutan. Dis., Jan. 1919, Bd. 37, S. 38—47.) Die typische Elefantiasis wird durch die Filaria sanguinis hominis hervorgerufen. Radikale Entfernung der Leistendrüsen ruft nur ein in kurzer Zeit vorübergehendes Ödem hervor, dagegen sei die Elefantiasis auch häufig die Folge schwerer, chronischer, ulzeröser — besonders gummöser — Prozesse. Es handelt sich um Lymphstauungen in den erweiterten und mit fibrinösen Thromben durchsetzten Lymphspalten und -gefäßen, begünstigt durch die durch die Lues bedingte Schädigung der Leistendrüsen. Eine chronische Entzündung vervollständigt das Bild. Neben der Syphilis kommen als ätiologische Faktoren der nichtfilarialen Elefantiasis noch Streptokokken-, Pneumokokkeninfektion, Malaria und Tuberkulose in Betracht. E. Sklarz-Berlin.

Seltenere Kasuistik. Kruppöse Vaginitis durch Kontagion, von J. Hofbauer-Dresden. (Zbl. f. Gynäk., 1922, Nr. 24, S. 994.) Verf. sah bei einer im 7. Monat schwangeren Frau die ganze Vagina und die Portio uteri von grünlich-gelben membranösen Auflagerungen belegt, die fest auf der Unterlage hafteten. Das äußere Genitale unwesentlich geschwollen, nicht gerötet, das Wasserlassen nicht sonderlich schmerzhaft. Bakteriologisch im Abstrich Streptokokken und Stäbchen (fest). Kulturell: kurzkettige Streptokokken, Staphylokokken, keine Gonokokken, keine Diphtheriebazillen. Eingießen von Sublamin in 1%iger Lösung bringen bei täglicher Einwirkung die Membranen zur Abstoßung, so daß Pat. erst ganz kurze Zeit vor dem Partus geheilt wurde. Da weder eine Verätzung noch eine Infektion in Betracht kommt, kam Verf. auf den Gedanken einer exogenen Übertragung. Er konnte feststellen, daß eine Reihe von Kühen auf dem Gute einen infektiösen Scheidenkatarrh hatten, und da die Pat. beim Melken mithalf, ist bei der großen Infektionsgefahr (der Infektionsschutz der Vaginalschleimhaut ist während der Gravidität besonders gering) eine Übertragung sehr wahrscheinlich, wenn auch die Tierärzte eine solche als unwahrscheinlich annehmen.
A. Rosenburg-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Dr. Raynaud in Algier wurde daselbst zum Professor für Hautkrankheiten und Syphilis sowie für tropische Medizin ernannt.

Dr. Jacques Carles und Dr. Peteges in Bordeaux wurden zu Professoren ernannt.

Prof. J. Bordet, Direktor des Institut Pasteur du Brabant in Brüssel, erhielt von der Universität Paris den Titel Ehrendoktor.

Gestorben: Dr. James Galloway, leitender Arzt am Charing Cross Hospital in London, früher Herausgeber des British Journal of Dermatology. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Ehlers, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

23. Dezember 1922 | Nr. 51 | Band 75

Aus der Dermatologischen Universitätsklinik Frankfurt a. M.
(Direktor: Geheimrat Prof. Dr. K. Herxheimer).

Ein Beitrag zur Frage: Lichen ruber planus oder Salvarsanexanthem?

Von

Dr. Willy Marenbach, Volontärarzt.

Für das Zusammenfallen von Lichen ruber planus mit vielen anderen Hauterkrankungen, das Abheilen desselben, während die anderen Krankheiten noch fortbestehen, sowie Lichen-Rezidive im Zeitlauf der neuen Erkrankung hat Riecke bereits 1905 zahlreiche Belege gesammelt. Außer mit der Psoriasis, mit der Lichen ruber planus vorgesellschaftet ist, kommt er, wie Autoren wie Rona, Lang, Kaposi an zahlreichen Beispielen zeigen, oft in Begleitung einer Lues vor. Fälle für das Zusammentreffen von Lichen ruber planus mit Lues und damit auch deren Therapeutikum, dem Salvarsan, sind in neuerer Zeit wieder gebracht worden, welch letzteres besonders zu erwähnen ist, da auch in letzter Zeit mehrere Fälle von Lichen-ruber-planus-ähnlichen Exanthemen nach Salvarsan veröffentlicht wurden, denen sich noch ein an unserer Klinik kürzlich beobachteter Fall anschließen kann.

Die letzten Fälle von Lichen ruber planus in Gemeinschaft mit Lues und somit auch dem Salvarsan sind von Wirz mitgeteilt. Bei dem einen dieser Fälle trat der Lichen akut während einer Salvarsankur auf und die Diagnose, die zuerst wegen der entzündlichen Erscheinungen nicht völlig gegen eine Salvarsandermatitis abzugrenzen war, wurde durch ein nach einem halben Jahre auftretendes Schleimhautrezidiv gesichert; während dieser 6 Monate war kein Salvarsan gegeben worden. Bei dem zweiten der Wirzschen Fälle bestand der Lichen ruber planus mit einigen Unterbrechungen schon mehrere Jahre und blieb auch während der Salvarsankur unverändert bestehen. Hoffmann beschreibt einen Fall von Lichen ruber planus, der einige Zeit nach beendeter Salvarsankur (Lues II) auftrat und sich auch während der zweiten Kur weiter entwickelte. Bei der Aufnahme zeigte die Pat. ein stark lichenoides Exanthem sowie Schleimhauterscheinungen, die zunächst als spezifisch gedeutet wurden, zumal sie bei der neuen Salvarsankur anfangs abblaßten. Das Exanthem trat aber bald wieder deutlich hervor und die histologische Untersuchung ergab den Befund von Lichen ruber planus. Diesen in neuester Zeit veröffentlichten Fällen, die ihre Autoren unbedingt als Lichen ruber planus gedeutet wissen wollen, stehen jetzt mehrere Fälle gegenüber, die zwar mit Lichen ruber planus mehr oder weniger Ähnlich-

Digitized by Google

keit haben, aber doch nicht das ganz einwandfreie Bild eines solchen zeigen, um als Lichen ruber planus unbedingt angesprochen zu werden und auch von den Beobachtern nicht als Lichen ruber planus, sondern als dem Lichen ruber planus ähnliche toxische Dermatitiden nach Salvarsan gedeutet werden.

Die ersten Veröffentlichungen dieses bis dahin noch nicht beschriebenen Exanthems nach Salvarsan liegen nur kurze Zeit zurück, und zwar sind es 3 Fälle von Buschke-Freymann und ein Fall von Schaefer. Im ersten Falle handelt es sich um einen Pat., bei dem nach der neunten Neosalvarsanspritze am ganzen Körper juckende Flecken auftraten, die sich nach 3 Linser-Spritzen noch erheblich vermehrten. Bei seiner Aufnahme fanden sich ausgedehnte Hautveränderungen nicht akut entzündlicher Art vor, die eine außerordentliche Ähnlichkeit mit involvierendem Lichen ruber planus zeigten. Jucken bestand nicht. Das histologische Bild zeigte Andeutungen von Lichen-ruber-planus-ähnlichen Veränderungen. Bei dem zweiten Fall, einer 42jähr. Pat., war angeblich bei der 2. Kur ein nässendes, juckendes Exanthem aufgetreten, das bei Beginn der 3. Kur noch nicht verschwunden war und sich nach Neosalvarsan verschlimmerte. Sie wurde wegen einer schweren, fast universellen Dermatitis Ende 1920 aufgenommen und am 26. II. 1921 geheilt entlassen. Bei der erneuten Aufnahme Mai 1921 zeigte Pat. deutliche Erscheinungen eines Lichen ruber planus. Jucken bestand ebenfalls nicht. Histologisch fand sich ein Bild vor, das dem Lichen ruber planus weit näher stand als im ersten Falle, ohne allerdings wirkliche Übereinstimmung zu zeigen. Der dritte von Buschke-Freymann beschriebene Fall unterscheidet sich von den beiden ersten hauptsächlich durch das akute Auftreten nach erstmaliger geringer Salvarsan-Darreichung und das schnelle Verschwinden der Erscheinungen nach Aussetzen der Salvarsan-Behandlung. Die Effloreszenzen zeigten lichenoiden Charakter und das Krankheitsbild ähnelte sehr einem Lichen ruber planus acutus. Am 18. Tage schon hatten sich die Papeln fast gänzlich abgeflacht, glänzten noch gering; das Krankheitsbild zeigte nur noch geringe Ähnlichkeit mit Lichen ruber planus. Die histologische Untersuchung ergab nichts für Lichen ruber planus Beweisendes.

Schaefer teilt einen Fall mit, bei dem ungefähr nach Beendigung der ersten Kur (4,2 Neosalvarsan) außer Erscheinungen an Händen und Gesicht fast auf der ganzen Wangenschleimhaut und Zungenoberfläche ein Exanthem auftrat, das außerordentlich an Lichen ruber planus erinnerte.

Kleeberg erwähnt einen Fall, bei dem bei einem seiner Pat. mit tertiärer Lues am Ende seiner 3. Kur dem typischen Lichen ruber planus ähnliche Effloreszenzen auf rechtem Handrücken und der Wangenschleimhaut auftraten. Er läßt es unentschieden, ob es sich um ein zufälliges Zusammentreffen beider Krankheiten oder einen durch die Salvarsanbehandlung provozierten Lichen ruber planus oder um ein dem Lichen ruber planus ähnliches Exanthem nach Salvarsan handelte.

Frey und Tachau veröffentlichen 2 Fälle, bei denen während einer Salvarsankur ein Exanthem auftrat, das zwar klinisch wie histologisch das Bild eines Lichen ruber planus aufwies, von ihnen nicht als solcher angesprochen wird, sondern als ein dem Lichen ruber planus ähnliches

Digitized by Google

Exanthem nach Salvarsan auf Grund der in letzter Zeit öfter erwähnten derartigen Salvarsan-Exanthemen und der Tatsache, daß das lichenoide Exanthem in relativ kurzer Zeit zurückging.

Keller veröffentlicht einen Fall, bei dem im Anschluß an eine Salvarsan-Dermatitis ein dem Lichen ruber planus völlig gleichendes Bild auch mit Beteiligung der Mundschleimhaut auftrat. Die Probeexzision am Arm wie auch aus der Gaumenschleimhaut ergibt auch das Bild des Lichen ruber planus. Aber in Hinsicht auf die erwähnten Fälle von lichenoiden Exanthemen will Keller auch seinen Fall in diesem Sinn gedeutet wissen.

Diesen Krankheitsbildern möchte ich nun ein an unserer Klinik beobachteten Fall hinzufügen:

Pat. H., 46 Jahre alt, 1909 wegen Lues seropositiva mit 0,8 Hg salicyl. hier behandelt. August 1921 in der Neurologischen Abteilung wegen Kopfschmerz Lumbalpunktion: WR schwach positiv. Vom 8. XII. 1921 wegen Ulcus molle und Lues seropositiva in hiesiger Klinik; antiluetische Kur begonnen auf Abteilung und beendet in der Poliklinik; im ganzen 6,5 Neosilbersalvarsan. Mitte März zweite Kur in hiesiger Poliklinik mit Silbersalvarsan; bei 2,4 g Silbersalvarsan trat bei Pat. am ersten Mai ein urtikarielles Exanthem auf, das in der Poliklinik mit Linimentum-Zinci behandelt wurde. Am 4. V. in die Klinik eingewiesen.

Befund am 4. V. 1922: Mittelgroßer Mann von schmächtigem Körperbau, geringem Fettpolster, Haut von blaßgelber Farbe, Schleimhäute schlecht durchblutet. Innere Organe und Nervensystem ohne Befund.

Hautbefund: Die pathologische Hautaffektion befällt hauptsächlich den Stamm, die Extremitäten sind weniger befallen, das Gesicht ist fast frei. Am Stamm ist besonders stark die Bauch- und Schultergürtelgegend, auf Hals und Nacken übergreifend, befallen, außerdem auch Achselhöhlen und Hodensack. Die Extremitäten zeigen besonders an den distalen Teilen sehr dichtstehende Effloreszenzen. Letztere bestehen im einzelnen aus stecknadelkopf- bis erbsengroßen runden bzw. ovalären derben Knötchen, lebhaft rot, meist glänzend. An den am stärksten befallenen Stellen sind die einzelnen Knötchen in Konfluenz begriffen bzw. vollständig konfluiert und zeigen dementsprechend an Bauch und Hals figurierte girlandenartige Formen und an Hodensack und Achselhöhlen glänzende Plaques. Auch auf den durch den kratzenden Finger gezogenen Linien befinden sich rosenkranzartig aneinander gereihte glänzende Knötchen von beschriebenem Typus. Auf der Stirn einzelne mattrote, wenig infiltrierte, leicht glänzende Papeln. Unregelmäßige Verbrennungsnarben mit starker Pigmentverschiebung am rechten Oberschenkel und Knie, an Hodensack und Penis. In die Narben am Oberschenkel sind zahlreiche stecknadelkopf- bis kirschkerngroße glänzende Papeln eingestreut.

Am harten Gaumen links eine weiße Verfärbung, die Umgebung ist nicht gerötet. Am Zungenrand beiderseits mehrere derbe Leukoplakien. Pat. klagt über starkes Jucken fast am ganzen Körper.

Verlauf: Röntgenbehandlung. 5. V. 1922: $^1/_8$ ED 7—8 B, $^1/_2$ mm Al. (Bauch). 9. V.: $^1/_8$ ED 7—8 B, $^1/_2$ mm Al. (Achselhöhlen, Hals und Nacken). 11. V.: Die einzelnen Effloreszenzen sind stark abgeflacht, das Jucken hat nachgelassen, die Pigmentierung zugenommen. Lotio-Zinki mit Zusatz von 10% Karboterpin auf die befallenen Stellen. 14. V.: Die beschriebenen Effloreszenzen sind unter starker Braunfärbung weiter abgeheilt und überragen kaum noch das Hautniveau; nur noch am Skrotum sind sie stärker vorhanden und verursachen starkes Jucken. 19. V.: $^1/_8$ ED 7—8 B, $^1/_2$ mm Al. (Bauch). 28. V.: $^1/_8$ ED 7—8 B, $^1/_2$ mm Al. (Bauch und Achselhöhlen). 29. V.: Die Hautaffektion ist unter Hinterlassung starker Braunfärbung abgeheilt. Nur am Hodensack sind noch Reste vorhanden, wenn auch die Knötchen sich weitgehend abgeflacht haben; hier besteht auch noch stärkeres Jucken. An den übrigen Stellen ist es vollständig verschwunden. Pat. wird wegen Nephritis nach der medizinischen Klinik verlegt.

Pat. hat die Probeexzision verweigert, so daß ein wichtiger Faktor zur Vervollständigung des Bildes nicht mit herangezogen werden kann.

Das Exanthem trat ganz plötzlich auf ohne jede vorhergehende Störung des Allgemeinbefindens. Eine Dermatitis oder auch nur gering-

Digitized by Google

fügiges Hautjucken, die bei der ambulanten Behandlung möglicherweise hätte übersehen werden können, werden negiert. Zunächst zeigte sich ein urtikarielles diffuses Exanthem, das aber bald die in der Krankengeschichte beschriebenen Formen annahm.

Das gesamte klinische Bild berechtigte wohl zunächst zu der Diagnose Lichen ruber planus acutus, wenn auch dort im allgemeinen eine mehr oder weniger große Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens Platz hat.

Die fehlende Dellenbildung spricht nicht gegen die Diagnose Lichen ruber planus. Darier erwähnt sie in seinem Lehrbuch als nur manchmal vorhanden und auch Lesser schreibt, daß sie nicht unbedingt vorhanden sein muß. Auch die polygonale Begrenzung der einzelnen Knötchen ist zum Bilde eines Lichen ruber planus nicht unbedingt erforderlich.

Die Affektionen im Mund sind nicht als für Lichen ruber planus charakteristisch zu betrachten.

In Hinsicht aber auf die in letzter Zeit, wie eingangs von mir angeführt worden ist, so zahlreich beobachteten Fälle von lichenoidem Exanthem nach Salvarsan, möchte ich auch unseren Fall als solchen gedeutet wissen, zumal, was für mich das Entscheidende war, von der Diagnose Lichen ruber planus acutus abzugehen, eine so rapide Rückbildung fast sämtlicher Erscheinungen mit ganz geringer Ausnahme — die Behandlung erstreckt sich auf eine Dauer von 25 Tagen — bei Lichen ruber planus ganz selten beobachtet wurde. Auch stimmt die lebhaft rote Farbe mit dem Bilde des Lichen ruber planus nicht überein. Ferner sind doch die Fälle jetzt zu zahlreich, als daß man jedesmal eine Provokation eines latenten Lichen ruber planus oder ein Sichtbarwerden von vorher noch nicht sichtbaren Lichen-ruber-planus-Knötchen annehmen könnte, wenn auch an dem häufigen Zusammentreffen von Lichen ruber planus und Lues durchaus nicht gezweifelt werden soll.

Literatur.

Riecke in Mraceks Handb. d. Hautkrkh. — Wirz, Derm. W., Bd. 75, S. 745. — Hoffmann, D. m. W., 1921. S. 1079. — Boschke-Freymann, Med. Kl., 1921; Derm. W., S. 945. — Schaefer, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1921, Bd. 2, S. 426. — Darier, Hautkrkh. — Kleeberg, Therap. Hmh., 1921, H. 12. — Keller, Derm. W., 1922, Bd. 74. — Frey u. Tachau, Arch. f. Derm., Bd. 141, S. 152.

Intermediärer Stoffwechsel und Hautkrankheiten.

Von

Dr. Erwin Pulay in Wien.

I. Cholesterin.

Die moderne Pathologie spricht dem Cholesterin einen eigenen Stoffwechsel zu. Abstammung und Bedeutung des Cholesterins sind unbekannt. Nach Naunyn stammt das Cholesterin, für welches von einigen Autoren die Leber als Bildungsstätte angenommen wurde, nicht aus den Leberzellen, sondern aus den Epithelien der tiefen Gallenwege, insbe-

Digitized by Google

sondere aus der Gallenblase. Neuere Untersuchungen, welche den Cholesteringehalt der Nahrung und den der Fäzes bestimmt haben, ergaben keinen sicheren Anhaltspunkt für eine Neubildung von Cholesterin im tierischen Organismus. Nach den Fütterungsversuchen von Mary F. Fraser und A. Sandner stammt das Cholesterin des Blutes aus der Nahrung.

Das Cholesterin stellt einen zyklischen, ungesättigten, einwertigen, sekundären Alkohol dar, der im Wasser unlöslich ist, sich dagegen in Äther, Chloroform und Benzol löst. Es stellt einen Hauptrepräsentant der „Lipoide" dar.

Sein Auftreten in jeder einzelnen Zelle, ferner seine Beteiligung am Aufbau von Fetten und die Umwandlung des pflanzlichen Phytosterins in das tierische Cholesterin, all diese Momente zusammengefaßt, sprechen nach Abderhalden für eine prinzipielle Bedeutung des Cholesterins im Zellstoffwechsel und lassen es höchstwahrscheinlich machen, dem Cholesterin einen für sich abgeschlossenen Stoffwechsel zuzusprechen.

Aber noch nach einer anderen Richtung kommt dem Cholesterin biologische Bedeutung zu: seine Fähigkeit, mit Saponin zu reagieren. Die Saponinhämolyse resp. deren Verhinderung durch freies Cholesterin ist für all diese Fragen das prinzipiell Wesentliche.

Die normalen Werte für Cholesterin sind 0,0708%, fürs Gesamtblut und fürs Serum 0,060%.

Wenn wir die Ergebnisse unserer Untersuchungen überblicken, so sehen wir in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle das Bestehen einer Cholesterinämie im Blut, d. h. einer Vermehrung des Cholesteringehaltes über die Norm.

Für die Xanthome und Xanthomatosen wurde eine Cholesterinämie durch Pinkus und Pick nachgewiesen und von diesen Autoren wie auch später von Chvostek als pathogenetischer Faktor im Krankheitsbild der Xanthome angesprochen.

Wir fanden in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle von Seborrhoe Cholesterinämie, und zwar neunmal von 13 daraufhin untersuchten Fällen. Dieser Befund mußte unser besonderes Interesse beanspruchen, da ja gerade die Seborrhoe immer wieder in einen Zusammenhang mit dem Fettstoffwechsel der Haut gebracht wird und ein derartiger Zusammenhang auch nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen sein dürfte. So trat Unna auf Grund mikroskopischer Untersuchungen bei seborrhoischem Ekzem für das Bestehen eines stärkeren Fettgehaltes ein. Die ausführlichsten Untersuchungen über diesen Gegenstand verdanken wir Linser. Er untersuchte Hautsekrete, und zwar normalen Hauttalg, qualitativ auf Cholesterin und Fettsäuren. Das Resultat seiner Untersuchungen wäre dahin zusammenzufassen, daß das Sekret der Talgdrüsen aus zwei Komponenten besteht: die eine ist ätherlöslich, enthält wenig Cholesterin, die zweite ist cholesterinreich und repräsentiert die Hornsubstanz. Nun fand er bei Psoriasis und Ichthyosis die höchsten Werte von Cholesterin, d. h. es überwiegen in diesen Fällen die den Hornsubstanzen entstammenden Fette. Am meisten Cholesterin zeigt die Ichthyosis. Das Sekret der Komedonen war ebenfalls cholesterinreich, während bei der Seborrhoea oleosa die Ätherextrakte cholesterinärmer, hingegen

Digitized by Google

Krankheitstypus	Fall I	Fall II	Fall III	Fall IV
Urtikaria	0,1072 (0,1064)	0,0847 (0,0821)	0,0946	—
Pruritus	0,0984	0,0874	0,1246 (0,1300)	0,1264
Ekzeme	0,1246 (0,1300)	0,0982	0,0729	0,1540 (0,1572)
Prurigo	0,1438	0,3463	—	—
Psoriasis	0,086	0,106 (0,043)	0,138	0,1472
Rosacea	0,1385 (schwere Seborrhoe)	0,0576 (0,0502)	0,1103 (0,1164)	0,671 (0,682)
Angioneurotisches Ödem, Typus Quincke	0,0672 (0,0698)	—	—	—
Sklerodermie	0,0728 (0,700)	0,0721	—	—
Raynaud	0,724	0,0624	—	—
Erythema exsudativum multiforme mit Peliosis rheumatica	0,0984 (0,0972)	—	—	—
Lichen Vidal	0,0649 (0,0681)	—	—	—
Xanthom	0,1628	0,1286	0,1742	0,0721
Lipomatosis dolorosa	0,2466	—	—	—
Erythema nodosum	0,1423	—	—	—
Lupus erythematosus	0,1562 (0,1500) 0,1274	— —	— —	— —
Seborrhoe (Acne vulgaris + Defluvium capilitii).	0,0626	0,642	0,1924	0,0642

an freien Fettsäuren reicher waren. Vor allem war die Ölsäure stark vermehrt. In diesem Zusammenhang sind die Arbeiten W. Knöpfelmachers über die Entstehung des Fettskleroms der Säuglinge zu nennen. Knöpfelmacher nimmt an, daß dasselbe auf einer Erstarrung des Hautfettes der Kinder beruhe. Diese Erstarrung soll durch den Umstand bedingt sein, daß das Fett der Kinder oleinärmer sei, als das der Erwachsenen.

Das Cholesterin wurde also gerade für Seborrhoe im Sekret in spärlicher Menge gefunden und es ist interessant, daß unsere Untersuchungen für die Mehrzahl der Fälle eine Cholesterinämie im Blute ergeben hatten.

In diesem Zusammenhang müßte noch eine klinische Beobachtung Erwähnung finden, und zwar daß schwerste Seborrhoen oft in der Schwangerschaft eine auffallende Besserung erfahren. Hermann und Neumann wiesen Cholesterinämien beträchtlichen Grades im Blute von Schwangeren nach. Auf diesen Widerspruch sei an dieser Stelle bloß hingewiesen, ohne daß ich hier auf eine nähere Besprechung dieses Gegenstandes eingehen möchte, der in einer eigenen Arbeit, über die Pathogenese der Seborrhoe, abgehandelt werden soll.

Ist es uns nicht möglich, auf Grund des vorliegenden Materials aus dem Cholesterinstoffwechsel irgend welche Schlüsse für die Pathogenese der einzelnen Dermatosen zu ziehen, so scheint dem Cholesterin andererseits eine vielleicht mehr allgemein biologische Bedeutung zuzufallen. In meiner Mitteilung über Urtikaria wurde bereits der Gedanke ausgesprochen, daß dem Cholesterin, wie überhaupt dem Chemismus des Blutes,

Digitized by Google

Fall								
V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—
,1169 (0,1146)	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—
1140	0,0624 (0,0614)	0,0849	0,1119 (0,1146)	0,124	0,1266	0,1524	0,096	0,1064

eine größere Wichtigkeit für Fragen aus dem Gebiete der Eiweißsensibilisation, Proteinkörpertherapie und nicht zuletzt auch für die Komplementbindungsreaktion nach Wassermann zukommen dürfte.

Da das Cholesterin neben dem Lezithin den Hauptrepräsentanten der Lipoide darstellt, so führt uns die Beschäftigung mit dem Cholesterin direkt in das Lipoidproblem hinein (Ehrlich, Overton-Meyer).

Nach K. Meyer sollen Lipoiden und Lipoidpräzipitinen komplementbindende Fähigkeiten zukommen. Es wurde nachgewiesen, daß man aus normalen menschlichen und tierischen Organen eine in Alkohol lösliche Substanz gewinnen kann, welche mit Syphilitikerserum komplementbindend wirkt. Diese Substanz ist dem Lezithin nahestehend und ein Lipoid. Andere Fette und ähnliche Substanzen, wie Cholesterin, Vaselin und kohlensaures Natrium, verhalten sich für das Syphilitikerserum komplementbindend. Besonderes Interesse beanspruchen nach dieser Richtung hin die Arbeiten H. Sachs'. Sachs konnte durch Cholesterinisierung die Empfindlichkeit von Organextrakten für die Ausführung der WR erhöhen. Der Umstand nun, daß die WR nicht an ein spezifisches Antigen gebunden ist, zwingt uns, für ihre Erklärung noch andere Momente heranzuziehen. Und so muß die Möglichkeit erwogen werden, ob es nicht im Verlaufe der syphilitischen Infektion zu einer Ansammlung lipoidähnlicher Stoffe im Blute kommen könnte und vielleicht diese Lipoide die Komplementablenkung bedingen. Es scheint mir, als käme in dieser Beziehung vorwiegend dem Cholesterin inte-

Digitized by Google

grierende Bedeutung zu. Mit dieser Annahme könnte noch eine weitere Tatsache im Zusammenhang stehen. Bauer und Skutetzky, Perutz und Takamura (zit. nach Löwith) beobachteten ein Ansteigen der Lipoidwerte im Blut in der Zeit des Allgemeinwerdens der Lues. Und schließlich vertritt Levaditi für das Wesen der WR die Lipoidhypothese, nach welcher all jene Erkrankungen, welche mit einem Zerfall lipoidhaltiger Krankheitserreger einhergehen, wie Lepra, Skarlatina, Tuberkulose, durch das Auftreten von Antikörpern charakterisiert sind, die nach Tomsen und Boas eine Komplementbindung mit Lipoiden ergeben. Nach den Beobachtungen von Bittorf und Schidorsky, Weil, Braun und Nakana scheint zwischen Lueserreger, Fettspaltung und WR ein ursächlicher Zusammenhang zu bestehen. Es konnte gezeigt werden, daß normale Meerschweinchen positive WR ergaben, wenn lipoidreiche Organe, wie Leber und Nieren, zerstört wurden. Demnach würde die Lipoidvermehrung im Blut und in den Organen als eine wesentliche Grundlage der WR anzusehen sein (Löwith). Im wesentlichen beruht die WR auf der Anwesenheit eines Antigens, welches prinzipiell Lipoid ist, und auf der Anwesenheit eines Antistoffes, der spezifisch Fett spaltet.

Weiter konnte man bei Menschen und Versuchstieren Komplementablenkung beobachten nach vorhergehender Behandlung von Arzneistoffen, welche Fett lösen, ferner auch bei Erkrankungen, deren Erreger Lipoide, dem syphilitischen Virus ähnlich, enthalten. In diesem Zusammenhang muß auch die Deutung der WR, wie sie Rabinowitsch entwirft, erwähnt werden. „Bei Syphilis verschwindet entweder teilweise oder vollständig ein in jedem Normalserum vorhandener Bestandteil, der die Komplementbindung nach Art eines Antifermentes verhindert und damit nunmehr die Komplementverbindung ermöglicht, ähnlich wie auch bei einigen Krankheitsprozessen das antitryptische Ferment aus dem Blutserum verloren geht. Diese Annahme scheint durch die Beobachtung gestützt, daß jedes normale Serum, welches anfänglich keine Komplementbildung mit Syphilisantigen gibt, diese Fähigkeit nach längerem Stehen im Eisschrank akquiriert. Diese Beobachtung deckt sich mit der Eigenhemmung der Sera."

Aber noch nach einer anderen Richtung kämen dem Cholesteringehalt im Blute, resp. seiner Vermehrung oder Verminderung Bedeutung zu. Und da wären zwei Momente zu berücksichtigen: einmal die Eigenschaft des Cholesterins, Wasser zu speichern. Dieser Umstand könnte für alle Erscheinungen von Quellung resp. Entquellung der Blutkörperchen von Bedeutung sein. Mit den Quellungsverhältnissen der Blutkörperchen dürfte ja Quellung und Entquellung im Gewebe in einen direkten Zusammenhang zu stehen kommen. Quellung wird klinisch im Ödem — selbstredend in allen nach dieser Richtung hin gelegenen Zwischenstufen — Entquellung in allen exsudativen Prozessen in Erscheinung treten.

Das Cholesterin führt zu einer Quellung der Blutkörperchen. Cholesterinämie wurde von Falta und seiner Schule als charakteristisch im Krankheitsbild der vaskulären Hypertonie angegeben. Weiter hält Falta die Hyperglykämie des Blutes als zum Bilde der vaskulären Hypertonie zugehörig.

Wie neuere Experimentaluntersuchungen ergeben haben, scheint allen vagalen Pharmaka Bedeutung für die Glykämie des Blutes zuzu-

Digitized by Google

kommen, indem auf Pilokarpin der Blutzuckergehalt steigt, auf Atropin sinkt. Auch bei Diabetikern konnte eine für Atropin zuckerdepressorische Wirkung nachgewiesen werden[1]). Das Cholesterin käme in einem gewissen Sinn als Antagonist zum Zucker zu stehen, da ja der Zucker zu den konstant im Serum vorhandenen Nichtelektrolyten zählt, welche entquellenden Einfluß auf das Eiweiß, auf das Gewebe ausüben.

Es ist die Vorstellung nicht von der Hand zu weisen, daß Quellung der Blutkörperchen mit hypertonischen Zuständen parallel geht, oder anders ausgedrückt, daß für hypertonische Zustände eine Quellung der Blutkörperchen charakteristisch zu sein scheint. Dafür spricht mir die Hypercholesterinämie und der vermehrte Kalkgehalt, den man bei Hypertonien im Blut nachweisen kann. Kalzium wirkt ebenfalls auf Eiweiß quellend. Andererseits stehen Tonusverhältnisse mit dem Vagus in kausaler Relation. Für die Vagotonie mit all ihren zugehörigen Zuständen ist auf Grund von Experimentaluntersuchungen Hyperglykämie charakteristisch; demnach käme der Hyperglykämie des Blutes im Zusammenhang mit der für das Krankheitsbild der vaskulären Hypertonie charakteristisch bestehenden Vagotonie Bedeutung zu. Demnach hätten wir Quellung der Blutkörperchen, Hypercholesterinämie, vermehrten Kalkgehalt als einen zusammengehörigen Konnex zu betrachten, und zwar im Sinne von Quellung bedingend und Hyperglykämie, Vagotonie auf der anderen Seite. Aus den jeweiligen Gleichgewichtsverschiebungen zwischen Cholesterin und Zucker werden die Quellungsverhältnisse der Blutkörperchen reguliert und daraus wieder Ödem resp. Hydrämie, und Exsudation resp. Diurese resultieren. Für diese Auffassung spricht ja die diuretische Wirkung des Zuckers und die Polyurie bei Diabetes.

Aber noch nach einer anderen Richtung hin scheint der Hypercholesterinämie gewisse Bedeutung zuzukommen. Vielleicht ließe sich gerade für die Pathogenese der Urtikaria als eine anaphylaktische Reaktion der Haut der Cholesterinstoffwechsel als wesentliches Moment auffassen. Wir wissen derzeit nichts Positives über den Cholesterinstoffwechsel. Für die Klinik der Urtikaria ist es seit altersher bekannt, daß sowohl verschiedenste Gifte als verschiedenste Nahrungsmittel und schließlich nicht zuletzt verschiedenartige Medikamente Urtikariaanfälle auszulösen imstande sind. Moderne Pathologen wollen ja die Urtikaria in die Gruppe der Eiweißsensibilisation miteinbeziehen und als Überempfindlichkeitsreaktion an der Haut deuten. Nun wissen wir, namentlich nach den grundlegenden Untersuchungen Overtons und H. H. Meyers, daß für die Aufnahme von Giften und ihrer Verteilung im Organismus insofern den Lipoiden prinzipielle Bedeutung zufällt, als nur all jene Stoffe, welche lipoidlöslich sind, für die Zelle als Gift in Frage kommen. Die Giftigkeit soll proportional zur Lipoidlöslichkeit der betreffenden Substanz sein. Ehrlich betonte den Zusammenhang zwischen Neurotropin und Lipotropin der Farbstoffe! Es ist der Gedanke sicherlich nicht von der Hand zu weisen, vielleicht in dem vermehrten Vorhandensein resp. im Fehlen der Cholesterine das Substrat für das bestehende konstitutionelle Moment anzusprechen, welches notwendig sein wird, um eine Noxe mit einer Urtikaria zu beantworten,

[1]) Partos und Katz-Klein, Zeitschr. f. ges. exp. Med., 1921.

Digitized by Google

stellt doch die Urtikaria nicht bloß eine auf die Haut allein lokalisierte Manifestation dar. Es wäre vorstellbar, daß Gifte nur dann gespeichert werden, wenn sie ein gewisses Quantum von Cholesterin vorfinden. Es würde demnach das Cholesterin ein Vehikel für die betreffenden, Urtikaria auslösenden Stoffe bilden. Es würde gleichsam das Cholesterin die Noxe an die Zelle heranbringen. Und wenn vielleicht nicht mehr als eine Arbeitshypothese, so möchte ich die Annahme immerhin aussprechen, daß zum Zustandekommen einer durch eine alimentäre Noxe bedingten Hautmanifestation der Cholesteringehalt einen prinzipiellen Faktor im Sinne der Lipoidtheorie abgeben könnte, wie andererseits dem Cholesterin prinzipielle Bedeutung für alle das Anaphylaxieproblem betreffende Fragen zufallen dürfte (anaphylakt. Reaktionen an der Haut und Hyperchol.).

Überblicken wir die hier mitgeteilten Tatsachen, so kommen wir zu dem Schluß, daß wir derzeit über die Bedeutung des Cholesterins im Organismus nichts Sicheres wissen, uns jedoch nach mancher Richtung hin bestimmte Vorstellungen machen könnten.

In der Mehrzahl der von uns untersuchten Fälle finden wir eine Hypercholesterinämie im Blute. Ob diese Vermehrung von Cholesterin im Blute nun in Zusammenhang mit dem Fettstoffwechsel zu bringen ist, wird heute nicht ohne weiteres zu entscheiden sein. Wir wollen aber betonen, daß wir dem Cholesteringehalt im Blute im Sinne einer konstitutionellen Determinante insofern Bedeutung zusprechen möchten, als das Vorhandensein resp. Fehlen von Cholesterin für die verschiedensten biologischen Reaktionen im Organismus prinzipielle Bedeutung haben dürfte.

Zusammenfassend wäre etwa dahin zu resümieren: Für die Art, wie ein Individuum auf die verschiedensten Noxen, welcher Natur sie nun auch sein mögen, reagieren wird, gleichgültig ob infektiöser, toxischer oder alimentärer Natur, gleichgültig ob exogen oder endogen bedingt, fällt dem Cholesteringehalt wesentliche Bedeutung zu, und zwar scheint dem Cholesterin ein Einfluß im Sinne der Lipoidtheorie zuzukommen, und zwar sensibilisierender Natur. Dabei dürfte dem Cholesterin gleichzeitig eine Schutzwirkung beigemessen werden und es könnte unter den Nichtelektrolyten des Blutes als Schutzkolloid im Sinne Zsigmondys anzusehen sein. Vielleicht dürfte nach dieser Richtung hin die hohe biologische Bedeutung, die dem Cholesterinstoffwechsel zufällt, zu suchen sein.

Marie Kaufmann-Wolf

Einer Frau gilt in unseren Blättern — unseres Wissens das erste Mal — der Abschiedsgruß. In dem Wort des Dankes für alles, was die so früh Verblichene mit ihrem wahren Forschergeist für unsere engere Wissenschaft gewollt und geleistet hat, klingt das Gefühl der Wehmut angesichts der unverbrauchten großen Kraft, mit der die vornehme Frau über die Stille ihrer klinischen Arbeitsstätte hinaus gewirkt hat und für die Bewegung der deutschen Frauenwelt in vorwärtstreibender Bahn noch lange hätte wirken sollen.

Digitized by Google

Geboren wurde sie in dem anmutigen rheinhessischen Städtchen Alzey. Hier hat sie ihre, trotz des frühen Todes der Mutter, sonnige Kindheit verlebt, hier ist sie, betreut von einer geliebten und verehrten Lehrerin, aufgewachsen. Nach ihrer Heimat hat es sie immer wieder hingezogen, hier hat die erst 45jährige die letzte Ruhestätte gefunden. In dem von der verehrten Lehrerin begründeten, auf ernste Arbeit eingestellten Pensionat in Hannover hat sie sich weitergebildet, sich dann im Vaterhaus unter dem Einfluß einer bedeutenden Frau mit philosophischen und anderen Studien befaßt und damit die Grundlage für ernste wissenschaftliche Arbeit gewonnen. Dem jungen Mädchen wurde ein eigenartiges Schicksal zuteil. Früh und glücklich verheiratet, hat die junge Frau in Karlsruhe das Mädchengymnasium bezogen, während der Gatte bald den kaufmännischen Beruf verließ und in das Studium der Nationalökonomie eintrat. 1904 Reifeprüfung. Studium der Medizin in München, Halle und Heidelberg. Vorprüfung und Staatsprüfung werden mit der Gesamtzensur „sehr gut" bestanden. Das praktische Jahr in der Hauptsache an der anatomischen Anstalt in Heidelberg unter Fürbringer, zwei Monate am Städtischen Krankenhaus München-Schwabing unter Kerschensteiner. Ihre große Anregung hat sie von Fürbringer erhalten, dem sie ein Jahr als approbierte Ärztin assistierte. Volontärin an der Lesserschen Klinik; Studien in Wien, vornehmlich bei Riehl, bewegten sich auf dem Gebiete der Pilzerkrankungen der Haut. Gleichen Studien lag sie während mehrerer Monate in Paris unter Sabouraud ob, um dann im Juni 1913 an der Lesserschen Klinik ihre Tätigkeit mit aller Verantwortlichkeit einer Assistentin aufzunehmen. An der altehrwürdigen Forschungsstätte hat sie während des Krieges an Poliklinik und Klinik hingebend gearbeitet, seit Dezember 1917 als außeretatsmäßige Assistentin, seit April 1920 als Assistenzärztin unter Arndt bei der Hautpoliklinik.

Ihrer anatomischen Lehrzeit entstammen Untersuchungen über das Vorkommen von Belegzellen im Pylorus und Duodenum des Menschen, über Verkalkung der Milz, über Belegzellen, Panethsche Zellen und basal gekörnte Zellen im Darm des Menschen, entstammen die breit angelegten embryologischen und anatomischen Beiträge zur Hyperdaktylie. Da atypische Bildungen zumeist in vereinzelten Exemplaren, gewöhnlich von verschiedener Herkunft und schon durchaus ausgebildet, in die Hand des Untersuchers gelangen, ist letzterer in bezug auf die morphologische und physiologische Genese leicht gezwungen, zu Hypothesen seine Zuflucht zu nehmen. Kaufmann-Wolf stellte sich die Aufgabe, in exakter Weise die Entwicklung einer atypischen Bildung Schritt für Schritt zu verfolgen, um letzten Endes die Frage entscheiden zu können, ob eine atavistische oder teratologische Bildung vorliegt. Ein allen Wünschen entsprechendes Material fand sie in einer Hühnerart, bei der Polydaktylie hereditär ist, den sogenannten Houdan- und Dorkinghühnern. Bei ihnen kommt eine überzählige Zehe fast konstant vor. Amnionfäden als ursächliches Moment wurden abgelehnt, die frühe Anlage der überzähligen Zehe sprach gegen jede äußere Entstehungsursache, innere Faktoren mußten also das Ursächliche sein.

Aber die Arbeiten aus ihrer anatomischen Lehrzeit spielen ebenso wie ins pathologisch-anatomische schon in das klinische Gebiet hinüber, sprechen für die Universalität ihrer medizinischen Interessen und führen auf das Sondergebiet, dem die eigentliche Lebensarbeit gehört. In der Zeitschrift der klinischen Medizin sind ihre Beiträge zur Kenntnis des Schicksals Syphiliskranker und ihrer Familien erschienen, mühevolle Katamnesen zu den Krankengeschichten einer Arbeit von Fleiner über Syphilis occulta aus dem Jahre 1891. Gibt es eine Lues nervosa? Diese Frage möchte die Verfasserin fast bejahen. Was sie an Übersicht über die konjugalen nervösen Erkrankungen gibt, über den Umfang der Beteiligung des Zirkulations- und Nervensystems, über die vernichtenden Folgen des Giftes bezüglich psychischer Abweichungen in spätere Generationen hinein, kann hier nicht einmal angedeutet werden. Von aktuellem Interesse sind ihre gelegentlichen Bemerkungen über das Vorkommen von Spirochätenträgern. 1900 hatte v. Notthafft schon einen ähnlichen Gedanken ausgesprochen, neuerdings machen holländische Autoren gegen die Bordelle gerade diese Gefahr bei den vielbesuchten Mädchen geltend. Ihre kurze, aber feine spätere Studie: „Sind Tabiker und Paralytiker noch infektiös?" bewegt sich auf gleichem Boden, den sie so genau kannte und der ihr grundlegende Bedingung wurde für die entschiedene Stellungnahme gegen die Reglementierung. Als wissenschaftliche Forscherin wurde sie Abolitionistin. Die ethischen, moralischen und juristischen Bedenken gegen die sittenpolizeiliche Einschreibung kamen auch für sie als Frau erst in zweiter Reihe.

Klinische und histologische Beobachtungen bei Hautmetastasen im Anschluß an

Digitized by Google

Karzinom innerer Organe, die Frage der Übertragbarkeit der Dermatitis exfoliativa neonatorum, kleinere, die verschiedensten Gebiete der Hautkrankheiten berührende Arbeiten hätten sowenig wie die bislang erwähnten Studien ihren Namen zu einem besonders klangvollen gemacht, wenn sie sich nicht zur Meisterin auf einem bestimmten Gebiet entwickelt hätte. Da sind ihre weniger zahlreichen als sehr gründlichen Studien über die Pilzerkrankungen der Haut, über Menschen- und Tierfavus, über die Zurückführung des dysidrotischen Ekzems für eine große Zahl von Fällen auf eine allerdings nicht einheitliche Pilzätiologie, ihre Arbeit über die Auswirkungen der Soorpilzgruppe beim Menschen, die Soormykose — alles Untersuchungen, die in den Kreisen der Dermatologen zu bekannt und zu geschätzt sind, als daß sie einer Analyse in dem Erinnerungswort bedürfen. Zu der großen Unna-Festschrift steuerte sie einen Aufsatz von bleibendem Wert bei: „Über gutartige lymphozytäre Neubildungen der Skrotalhaut des Kindes". Die histologisch geglückte Entwirrung des ungewohnten makroskopischen Bildes, das inzwischen auch anderen auffiel, knüpfte an die Ribbertsche Annahme eines präexistierenden lymphatischen Keimgewebes der Haut an. Hier hat sie auf den richtunggebenden Arbeiten von Arndt, Felix Pinkus und Paltauf glücklich weitergebaut.

Helene Lange und Gertrud Bäumer, die auserlesenen Führerinnen und feinsten geistigen Potenzen der deutschen Frauenwelt, haben der Heimgegangenen Worte von unvergänglicher Schönheit gewidmet. Ein Beweis für das Unersetzliche des Verlustes in dem Sinne, den jeder empfindet, der Marie Kaufmann-Wolf gekannt und in ihrem Wirken verstanden hat. Sie war als Ärztin und Forscherin keine Doublette des Mannes, kein einfaches, zufällig weibliches Glied in der großen Kette der den medizinischen Beruf darstellenden Arbeit. Bei aller Objektivität ihrer Forschungen brachte sie eine bewußt weibliche Eigentönung mit, dank der innersten kulturfördernden Kraft ihres Frauentums. Würde und Wert ihres Geschlechtes blieben ihr die großen Ideale, auf welche sie immer eingestellt blieb, trotz aller Schärfe, welche der Kampf gegen die doppelte Moral annehmen mußte, trotz aller Erniedrigung, in welche wirtschaftliche Nöte und nicht genügend ausgenutzte medizinische Erfahrung die gefallene Frau bei uns gestoßen haben. Keine noch so niederdrückenden Erlebnisse an den Krankenbetten der unglücklichen Geschöpfe konnten den siegreichen Optimismus erschüttern, der ihre Lebensarbeit krönte. In dem großen Kampf, der in wirtschaftlich schwerster Zeit auf dem Wege über das Parlament der nagenden Seuche der Geschlechtskrankheiten in neuer und wirksamerer Form hoffentlich angesagt wird, haben Katharina Schreyer und Anna Pappritz fast Übermenschliches geleistet. Beide hatten in Marie Kaufmann-Wolf die unantastbare Mitstreiterin von großer ärztlicher Autorität, die wirkte, je mehr sie dem Getriebe der Öffentlichkeit fernblieb. Eine Tragik, daß auf der Höhe der entscheidenden Beratung zwei der mutigsten und anerkanntesten Kämpferinnen verstummt sind.

Das tiefere Interesse aber gehörte in Marie Kaufmann-Wolf ihrer Wissenschaft und ihrer Arbeitsstätte. Ihre engeren Mitarbeiter wie der große Ring der dermatologischen Welt werden der gütigen Frau, der ausgezeichneten Forscherin, der feinen Ärztin die ehrendste und dankbarste Erinnerung bewahren. Delbanco-Hamburg.

Versammlungen.

Wiener Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 22. Juni 1922.

Vorsitzender: Oppenheim. Schriftführer: Kumer.

Poláček (Ambulatorium Sachs): 1. **Atypische Ichthyosis mit Nagelveränderungen.** 20jähr. Steindrucker mit derben, gelblich grauen Schwielen und leichter Hyperhidrosis an den Handtellern, symmetrisch, entsprechend dem Thenar und Antithenar, und Beugeflächen der Finger. Fingernägel verdickt, dunkelgrau; subungueale Keratose. Lunula deutlich erhalten. An den Fußsohlen die gleichen Veränderungen. Der Übergang der Schwielen gegen die Fußrücken ist ein allmählicher, an einzelnen Stellen werden sie durch einen diskontinuierlichen roten Streifen begrenzt. Zehennägel in stärkerem Maße verändert, einzelne onychogryphotisch. Haut des Stammes und der Extremitäten xerotisch. An den Oberschenkeln Keratosis pilaris. Die Erkrankung wird als lokalisierte Ichthyosis aufgefaßt und in die Gruppe der nävusartigen Erkrankungen eingereiht.

Digitized by Google

2. **Epitheliom der Rückenhaut.** 44jähr. Pat. mit über kronenstückgroßem, elliptisch geformtem rötlichbraungelbem Herde in der Kreuzbeingegend, scharf begrenzt, zigarettenpapierartig verdünnt; in demselben zahlreiche über stecknadelkopfgroße Knötchen. Am unteren Rande zwei braune Stellen, Reste eines pigmentierten Nävus. An der Haut des Stammes zahlreiche Naevi pigmentosi und vasculosi. Die histologische Untersuchung ergab Basalzellenkarzinom mit Atrophie der darüber befindlichen Haut. Als Ausgangspunkt läßt sich vermutungsweise ein pigmentierter Nävus ansprechen, wenngleich die histologische Untersuchung keinen Anhaltspunkt ergeben hat.

Sachs: Im histologischen Präparate handelt es sich um ein Basalzellenkarzinom, welches multipel angeordnet ist. Einzelne Tumormassen scheinen aus der Tiefe aufzusteigen, als ob sie von Talgdrüsen oder Haarwurzelscheiden ihren Ausgang genommen hätten. Außerdem besteht Atrophie; die Epidermis zieht wie ein Band über die Tumormassen hinweg. Aber auch dort ist deutliche Atrophie vorhanden; der Papillarkörper ist verstrichen, das Stratum papillare und subpapillare enthält keine elastischen Fasern mehr, nur in den tieferen Schichten der Kutis finden wir noch elastische Fasern, welche aber entsprechend ihrem tinktoriellen Verhalten gleichfalls verändert sind.

Arzt betont die an vielen Stellen einsetzenden epithelialen Wucherungen, so daß zweifelsohne hier ein sogenanntes multizentrisches Karzinom vorliegt.

Sachs: **Dupuytrensche Kontraktur beider Handteller.** 47jähr. Pat., an beiden Handtellern parallel verlaufende Furchen, durch die schrumpfende Palmaraponeurose bedingt. Fußsohlen frei, keine plastische Induration. Dauer sechs Jahre.

Reiner: **Lichen ruber planus.**

Perutz: **Gumma bei einem Tabiker.** 42jähr. Pat., vor 12 Jahren Lues I, seit 2 Jahren Tabes und seit 6 Wochen exulzeriertes Gumma des weichen Gaumens.

Hellmann: **Scleroderma circumscriptum.** 30jähr. Mädchen zeigt halbseitig und systemisiert angeordnet zirkumskripte Herde von Handtellergröße, die auf pigmentiertem Grunde zu Netzen und Leisten angeordnete, ganz flache, polygonale, milchweiße, glänzende, bis stecknadelkopfgroße Knötchen aufweisen, mit kleinen Hornpfröpfen.

Kren: 1. **Strichförmige, halbseitig ausgebildete urtikariaähnliche Affektion.** 52jähr. Pat., deren Erkrankung vor 4 Wochen mit juckenden, quaddelartigen Effloreszenzen am rechten Beine begann, über dem Knie dichtere Erscheinungsformen und über der rechten oberen Extremität etwas regellosere Blüten gesetzt hat. Nach 14tägigem Bestand schwanden manche „Quaddeln" und andere sistierten als jetzt leicht pigmentierte, prominente, erbsengroße oder flach erhabene Knoten. Die Entwicklung des Krankheitsbildes scheint noch nicht abgeschlossen.

2. **Eigenartige follikuläre Hyperkeratose.** 50jähr. Zuckerlverschleißerin, die den Beginn ihres Leidens auf 1912 zurückverlegt, als die Affektion im Gesicht zur Entwicklung gekommen ist. Die Erscheinungen an Stamm und Extremitäten folgten sukzessive. Hellrote Knötchen, besonders am oberen Rücken, aber auch sonst am Stamm, hart, dicht gestellt, beim Darüberstreichen das Gefühl des Reibeisens; bestimmte Anordnung wie bei Lichen acuminatus besteht nicht. An Händen und Füßen bis linsengroße, in die Epidermis eingelassene, festsitzende Hyperkeratosen, die beim Auskratzen entsprechende Vertiefungen zurücklassen. Ein eigenartiges Aussehen hat das Gesicht, es ist diffus gelblichrot, schuppt am Kinn und in den Nasolabialfalten und ist in seiner Totalität trocken.

Oppenheim: Der Fall erinnert an die Veränderungen nach Benzin, Vaselin, Paraffin u. a. Allerdings passen die Rötung des Gesichtes und die diffusen Hyperkeratosen an den Händen nicht dazu. In der englischen Literatur sind follikuläre keratosenähnliche Fälle mit gleichzeitigem Haarausfall beschrieben.

Kren: Die von französischer und englischer Seite beschriebenen Hyperkeratosen sind nicht alle so einförmig, daß man daraus ein bestimmtes Krankheitsbild konstruieren könnte.

Kren: **Disseminierter pustulöser Lichen scrofulosorum.** 50jähr., äußerst wohlgenährte Pat., vor 4 Wochen mit Erscheinungen erkrankt, die an pustulöse Lues erinnern. Die meisten Effloreszenzen am unteren Rücken und über den Nates. Stellenweise Gruppierung der Pusteln, die alle einem knötchenförmigen Infiltrat aufsitzen. WR negativ, Pirquet und inkutane Reaktion mit Alttuberkulin stark positiv.

Porias: **Toxikodermie durch indischen Hanf.** Seilermeister; Veränderungen an beiden Händen und Vorderarmen, sowohl beuge- als streckseitenwärts, ferner im Gesicht und an der Kopfhaut, in Form einer Erythrodermie, ziemlich scharf abgegrenzt, mit tiefen Rhagaden, Rötung und Verdickung der Haut, ohne Blasenbildung und ohne

Digitized by Google

Nässen. Bei Beschäftigung mit demselben Präparat schon vor Jahren einmal aufgetreten. Jetzt bei Entfernung aus dem Beruf und indifferenter Therapie bereits im Abklingen.

Oppenheim: Cannabis indica enthält ein Alkaloid Cannabin und ein Harz; beide Körper können bei Überempfindlichen Toxikodermien erzeugen. Vom Hanf ist darüber nichts bekannt.

Porias: **Abheilender Lichen ruber planus.** Bei einer Frau in der Crena ani, am Ort der ursprünglichen Erkrankung und über dem Kreuzbein seit einiger Zeit neue Effloreszenzen, die an Lichen acuminatus gemahnen und diesem möglicherweise zuzurechnen wären.

Kren bemerkt, daß es die Pathogenese des Lichen planus und Lichen acuminatus nicht gestatte, die beiden Krankheitsbilder zu identifizieren. Wenn schon beim Lichen planus an manchen Stellen spitze, hornkegeltragende Knötchen, namentlich bei lange bestehenden und abheilenden Fällen, beobachtet werden, so sind sie als Varianten derselben Erkrankung, nicht aber als Lichen-ruber-acuminatus-Effloreszenzen zu deuten.

Porias: Für Lichen ruber acuminatus schien der Umstand zu sprechen, daß die spitzen Knötchen nicht nur am Standorte des ursprünglichen Planus, sondern auch entfernt davon auf früher normaler Haut aufgetreten sind.

Porias: **Erythema solare auf Vitiligo der Kopfhaut.** Das Erythem schneidet scharf gegen die pigmentierte Haut des Gesichtes ab. Kleine, eingesprengte Vitiligoherde im Bereiche der vom Erythem nicht betroffenen Gesichtshaut zeigen ebenfalls erythematöse Veränderungen und kleine Teleangiektasien.

Fischl: **Atrophia cutis idiopathica diffusa et maculosa.** Der Fall ist deswegen bemerkenswert, weil die Erkrankung der 51jähr. Pat. bereits im 10. Lebensjahre auf dem rechten Fußrücken begonnen und jetzt außer den Extremitäten das Abdomen bis in Höhe der Mammae und Scapulae ergriffen hat. In der vorderen Axillarlinie derbe, erbsengroße Knötchen tastbar, die als Hautmetastasen eines im Corpus uteri sitzenden Karzinoms gedeutet werden können.

Oppenheim: Es spricht viel für einen Zusammenhang mit innersekretorischen Störungen. Die Bevorzugung des weiblichen Geschlechtes, das häufige Vorkommen von Menstruationsstörungen hierbei, die Beeinflussung durch Organpräparate in manchen Fällen und die vollständige Rückbildungsfähigkeit. Ich erinnere an einen hier von Matzenauer und viel später von mir wiederholt demonstrierten Fall, wo im Laufe von 25 Jahren viele erkrankte Stellen spurlos verschwunden sind.

Lipschütz: **Granulosis rubra nasi.** 6jähr. Mädchen: Schläfenvenen rechts stark erweitert und geschlängelt. Im Affekt (beim Lachen usw.) deutlicher Exophthalmus rechterseits, der nach einer halben Minute verschwindet. Die augenärztliche Untersuchung hat normalen Fundus ergeben. Man darf wohl einen stärker ausgeprägten retrobulbären Venenplexus vermuten als Analogie der Veränderungen der rechtsseitigen Schläfenvenen. Eine jüngere Schwester hat zwar keine Granulosis, hingegen an den Wangen zart ausgeprägte, dicht nebeneinander befindliche Teleangiektasien. Dies weist auf die Möglichkeit hin, für die Genese der Granulosis Mißbildungen von Blutgefäßen anzunehmen.

Oppenheim: **Urticaria figurata recidivans.** 53jähr. Mann. Über Stamm und Extremitäten bis fünfkronenstückgroße Herde, rund, oval oder polyzyklisch konturiert, scharf begrenzt, die Peripherie von bleistiftdicken, intensiv roten, sehr derben Wülsten gebildet, das Zentrum blaurot, eingesunken, nicht schuppend. Diese Herde entwickeln sich aus erbsengroßen, roten, derben Papeln durch peripheres Weiterschreiten, blassen auf Druck ab und zeigen histologisch Hyperämie und Ödem. Die Affektion besteht seit 1916, damals im Anschlusse an Erkältung entstanden. Bedeutende Milzschwellung und Vermehrung der roten Blutkörperchen (10000000). Im Winter wurde der Fall hier vorgestellt. Die Effloreszenzen waren urtikariell, die Milzschwellung geringer. Nur Injektionen von Pferdeserum hatten Erfolg. Der Pat. hatte 5 Monate keine Symptome. Der jetzige Ausbruch erfolgte ohne Ursache. Es soll Trypaflavin intravenös versucht werden.

Arzt (Klinik Riehl): **Erythema exsudativum multiforme perstans.** 52jähr. Pat., welche seit Dezember Nachschübe von Erythemen im Gesicht und auf den Händen bekommt, vielfach mit mächtiger Knotenbildung. Histologisch handelt es sich nur um Infiltrationsprozesse, ohne jede Spezifität.

Kren: Die beiden vorgestellten Krankheitsbilder mit einer fixen Diagnose anzusprechen ist schwierig, aber klar scheint, daß die beiden Erkrankungen voneinander verschieden sind; im Falle Oppenheims liegt eine besondere Form einer Urtikaria vor,

Digitized by Google

also eine Affektion spastischer Gefäßerkrankung, während im Falle Arzt eine Affektion organischer Gefäßerkrankung zu bestehen scheint. Krzn hat vor kurzem einen ähnlichen Fall gesehen, den er schon vor Jahresfrist einige Wochen beobachten konnte. Es bestanden die gleichen Erscheinungen im Gesicht und an den Vorderarmen. An den unteren Extremitäten bestanden die Erscheinungen in einer Variante; neben den kutanen waren auch subkutane Knoten vom Charakter des Bazinschen Erythems vorhanden, sowie Livedo reticularis. Dabei waren mehrere Gelenke exsudativ, nicht sehr schmerzhaft, geschwollen. Die Tuberkulin-Reaktionen ergaben lokal positiven Ausschlag ohne Herdreaktion. Die histologische Untersuchung ergab das der Tuberkulose entsprechende Bild. Nach dieser Erfahrung könnten auch im Falle Arzt diesbezügliche Untersuchungen vielleicht Klarheit schaffen.

Oppenheim: **1. Lupus erythematodes mit universeller Ausbreitung nach Mirioninjektionen.** Die Frau wurde in der letzten Sitzung vor Einleitung der Therapie vorgestellt. Der maskenartige, oberflächliche Lupus erythematodes des Gesichtes zeigt Abblassen der Stirn- und Wangenplaques. Dagegen sind die brillenartigen, freien Stellen um die Augen sowie die Nasolabial-Dreiecke rot geworden. Ebenso der Begrenzungsstreifen am Halse deutlicher rot und eleviert geworden. Vorn an der Brust und am Rücken haben sich die flach papulösen Herde ausgebreitet und zeigen oberflächliche, zentrale Atrophien. Auf dem übrigen Rücken und auf den Streckseiten beider Arme zahlreiche, bis hanfkorngroße, rotbraune Knötchen neu aufgetreten, die zu flachen, bis kronengroßen Herden konfluieren. Auch an den Handtellern vereinzelte rotbraune Flecke. Pirquet stark positiv, Seroreaktion negativ. 10 Mirioninjektionen, je 5 ccm, waren die Ursache dieser Provokation, die mit erysipelähnlicher Rötung des Gesichtes begonnen hatte.

2. Psoriasis vulgaris der Finger- und Zehennägel. Sämtliche Nägel glanzlos, brüchig, aufgefasert, quer- und längsgefurcht, geringes Keratoma subungueale. Der Nagel zu breit für die Fingerkappe, daher an den Rändern gewulstet, in der Mitte eingesunken (Koilonychie). Lunula nicht sichtbar. Über Handrücken und Ellenbogen ganz flache, lamellös schuppende, kreuzergroße Papeln, am Ellenbogen schilfernd. Differentialdiagnose: Onychomykosis, neurotrophische Störung, Lues, Ekzem und Psoriasis. Der negative Pilzbefund, sowohl kulturell als mikroskopisch, sowie das Vorhandensein sicherer Psoriasisplaques entscheiden die Diagnose. WR negativ.

3. Atrophia cutis idiopathica mit Röntgenveränderung des Genitale nach Bestrahlung spitzer Kondylome. 19jähr. Mädchen. Beide untere Extremitäten vom Poupartschen Bande und der Crista ossis ilei bis zum Fußrücken und beide obere Extremitäten über dem Ellenbogen fleckig livid verfärbt, Haut zart, stellenweise verdünnt und in Flecken gefältelt. Ulnarstreifen angedeutet. Die großen Labien, die Innenseite der Oberschenkel, die anschließenden Natesteile durch Telangiektasien, Pigmentationen, sklerodermieähnliche und atrophische Stellen in dauernde Röntgenveränderung umgewandelt. Histologisch typische Atrophie. Die idiopathische Hautatrophie und die Röntgenveränderung haben insofern einen Zusammenhang, als beide der Ausdruck einer angeborenen Widerstandsschwäche der Elastika der Haut sind.

4. Bubo inguinalis mit gonokokkenführendem Eiter, entzündeter akzessorischer Penisgang der Rhaphe mit eitrigem Sekret. Keine Erkrankung der Harnröhre. 29jähr. Wehrmann. Eigentümlich indolenter fistulöser Bubo, dessen Eiter kulturell und mikroskopisch Gonokokken enthält. Im Eiter des $1^1/_2$ cm langen Ganges, der als roter, dünner Wulst imponiert und sehr bakterienreich ist, Gonokokken noch nicht mit Sicherheit nachgewiesen. Urethra frei.

Ehrmann: **Lepra maculosa et tuberosa in sanatione.** Nach sechsmonatiger Behandlung mit Röntgen- und Radiumbestrahlungen auffallender Rückgang der Knoten. Insbesondere ist bei Vergleich mit den vor $^1/_2$ Jahr angefertigten Moulagen zu erkennen, daß die Leprome der Stirn, Augenbrauengegend, Nase und Wangen größtenteils rückgebildet sind, daß auch die der Vorderarme sich wesentlich verkleinert haben. Ob auch die Bazillen geschädigt wurden, wird die histologische Untersuchung ergeben.

Strassberg (Klinik Finger): **1. Lupus erythematodes discoides.** 30jähr. Mann, an Gesicht, Lippenrot und Schleimhaut der Unterlippe flache Substanzverluste nach Vereisung mit CO_2 vor $^1/_2$ Jahre, die immer wieder aufbrechen.

2. Lupus vulgaris von ungewöhnlicher Ausbreitung. 32jähr. Mann, dessen vorderer Thorax, linke obere und rechte untere Extremität mit flächenhaft ausgebreiteten Lupus-vulgaris-Herden diffus bedeckt ist. Zentrum derselben atrophisch und mit massenhaften Rezidivknötchen übersät. An den Extremitäten mächtige verruköse Auflagerungen,

Digitized by Google

stellenweise zu hauthornähnlichen Bildungen ausgewachsen. An den vorderen Achselfalten und der linken Hand letztere in Strichform.

Kumer (Klinik Riehl): 1. **Salvarsandermatitis mit Nagelveränderungen.** 29jähr. Mann, vor 4 Monaten wegen Sklerose 8 Neosalvarsaninjektionen. Vor 3 Monaten Salvarsandermatitis, unter Wasserbettbehandlung rasch abgeklungen. An sämtlichen Fingernägeln als Zeichen akut einsetzender Wachstumstörung eine halbmondförmige Rille, die mit dem weiteren Wachstum des Nagels sich immer mehr dem freien Nagelende nähert. Da das Nagelwachstum beiläufig $^1/_{10}$ mm am Tage beträgt, kann man sich aus dem Orte der Nagelveränderungen den Zeitpunkt des Einsetzens der Schädigung errechnen.

2. **Salvarsandermatitis mit Schädigung der Hornhaut.** 41jähr. Frau. Im Anschluß an 8 Neosalvarsaninjektionen Dermatitis und Keratitis superficialis punctata des linken Auges, die sich zu einem Ulkus entwickelte und jetzt mit Narbenbildung abgeheilt ist.

3. **Morphaea.** 18jähr. Mädchen mit einem 1 Jahr bestehenden, 3 cm breiten und 8 cm langen Herde der rechten Wange.

4. **Morphaea.** 50jähr. Frau, seit einem halben Jahre Menopause. Seit 2 Jahren an der Innenseite des rechten Knies in Halbmondform die Haut glatt, glänzend, weißlichgelb, plattenartig derb. Haare ausgefallen, geringe livide Verfärbung der Umgebung.

5. **Atrophia cutis idiopathica.** 63jähr. Frau, Beginn des Leidens vor 2 Jahren. Ausgedehnte Varizen der unteren Extremitäten; an Fußrücken und seitlichen Fußpartien handtellergroße Veränderungen, Haut glatt, glänzend, weißlichgelb, plattenartig derb, an der Peripherie eine livide, entzündliche Randzone.

6. **Atrophia cutis idiopathica.** 60jähr. Frau, am 23. III. 1922 bereits vorgestellt.

Oppenheim: Die sklerodermieähnliche Hautveränderung bei Atrophia idiopathica kann jederzeit im Verlauf einer Dermatitis atrophicans auftreten und auch einen der Endausgänge bilden. Sie darf nicht verwechselt werden mit der die Dermatitis atrophicans einleitenden Infiltration und Schwellung, die bei der Akrodermatitis z. B. zur Bildung der Ulnarstreifen führt. Die histologische Untersuchung ergibt im Gegensatze zur echten Sklerodermie Fehlen der Elastika, an den Randpartien Anhäufung und Degeneration dieser, während bei ersterer die elastischen Fasern normal sind und durch die vermehrten und vergrößerten Bindegewebsbündel aneinander gedrängt erscheinen.

Fuhs (Klinik Riehl): 1. **Favus.** Außer den typischen Skutulis am Kopf zeigt der 6jähr. Knabe mehrere linsengroße, einem Herpes tonsurans vesico-pustulosus ähnliche Herde an der rechten Schulter und am rechten Oberarm.

2. **Microsporia capitis diffusa.** Typische Herde am Kapillitium in diffuser Ausbreitung. Pilzbefund mikroskopisch und kulturell positiv.

3. **Microsporia capillitii et corporis.** Neben typischen Scheiben am behaarten Kopfe zeigt der 8jähr. Knabe scheiben- und ringförmige Herde vom Typus Herpes tonsurans vesico-pustulosus an Gesicht, Hals und Stamm. Pilzbefund mikroskopisch und kulturell positiv.

4. **Microsporia capitis et faciei.** Typischer Herd am Kapillitium, angrenzend eine handtellergroße Irisform an der rechten Stirnseite. Pilzbefund in Kopf- und Körperherd mikroskopisch und kulturell positiv.

5. **Microsporia corporis.** Der 7jähr. Pat. zeigt einen handtellergroßen, irisförmigen Herd vom Typus eines konzentrisch angeordneten Herpes tonsurans squamosus am Rücken. Kopf frei. Pilzbefund in den Schuppen mikroskopisch und kulturell positiv.

6. **Microsporia capitis mit Lichen microsporicus.** Der bereits epilierte und jodierte 4jähr. Pat. zeigt am Stamm ein follikulär angeordnetes, lichenoides Exanthem, das bereits im Abklingen begriffen ist. Es trat drei Wochen nach erfolgter Röntgenbestrahlung des Kopfes unter geringen Allgemeinerscheinungen auf. Die intrakutane und perkutane Trichophytinreaktion war ausgesprochen positiv. Der Pilzbefund aus dem Blute sowie aus Schuppen der Lichenknötchen war nicht zu erbringen. Aus den Haaren wurde Mikrosporon Audouini gezüchtet.

Oppenheim: Der Lichen trichophyticus ist kein so seltenes Ereignis. Was die verschiedenen Formen der Fadenpilzinfektionen anlangt, haben wir klinisch eine Mikrosporie mit Trichophytia superficialis maculosa, squamosa und vesiculosa an der Körperhaut vereinigt und auch mit Trichophytia profunda vergesellschaftet beobachtet. Die Diagnosen wurden allerdings nur mit nativem Pilzpräparat erhärtet.

Arzt: Bei der derzeitigen Wiener Epidemie ist zur Diagnose Mikrosporie der mikroskopische Pilzbefund, der kulturelle Nachweis und möglichst auch eine mykologische

Digitized by Google

Überprüfung notwendig. Die Klinik weist so viele atypische Bilder auf, daß eine Differentialdiagnose zwischen Mikrosporie und Trichophytie sonst nicht zu stellen ist. Die von der Klinik Riehl vorgestellten Fälle von Lichen microsporicus sind deswegen von Bedeutung, weil bei ihnen beide Untersuchungsmethoden ausgeführt und einzelne der Fälle zur genauen Identifizierung des Stammes auch an Mykologen zur Begutachtung überwiesen wurden. Bei allen Mikrosporiefällen dieses Jahres wurde bisher ausschließlich Mikrosporon Audouini gefunden.

Randak (Klinik Riehl): 1. **Lichen ruber verrucosus.** 38jähr. herzkranker Pat., bei dem der Lichen dem Verlaufe mächtig entwickelter Varizen an den Innenflächen der unteren Extremitäten folgt.

2. **Naevus Pringle.** Typischer Fall bei einer 30jähr., geistig zurückgebliebenen Pat., der vor einigen Jahren die rechte Niere wegen eines Hypernephroms entfernt wurde. Derzeit Hypernephrom der linken Niere. Die Zwillingsschwester zeigt die gleiche Hautaffektion.

Arzt (Klinik Riehl): 1. **Atypisches Skrofuloderma nach Neutuberkulin-Bazillenemulsion-Injektionen.** Die fünf Fälle stellen insofern eine Einheit vor, als es sich um ein Hautleiden handelt, das im Anschluß an Injektionen eines Tuberkulinpräparates („Bazillenemulsion" aus dem Serotherapeutischen Institut in Wien) aufgetreten ist. Wegen Entzündungen zumeist der Regenbogenhaut wurden von seiten der Ophthalmologen die Pat. dieser Behandlung unterzogen und im allgemeinen eine wesentliche Besserung des Augenleidens erzielt. Als unangenehme Begleiterscheinung stellte sich aber an den Injektionsstellen, meist am Rücken, rechts und links der Wirbelsäule, in einigen Fällen auch auf den Oberarmen, mächtige Knotenbildung an den Injektionsstellen ein, die von braunroter Farbe und teils auch exulzeriert sind oder durch eine Fistelöffnung ein grünliches, eiterähnliches Sekret entleeren. Die histologische Untersuchung ergibt einen chronischen Entzündungsprozeß, wobei sich eingestreut typische, aus Epitheloid- und Riesenzellen zusammengesetzte Knötchen finden, Bilder, wie wir sie ganz ähnlich beim Skrofuloderma finden.

2. **Sarkoid Darier oder Erythema induratum atypicum.** Die 1918 das erstemal an der Klinik gewesene 41jähr. Pat. zeigte damals, jetzt aber bedeutend reichlicher, multiple, meist in der Tiefe gelegene Knoten von harter Konsistenz, vorwiegend an den unteren Extremitäten, an Beuge- und Streckseiten, sowie Oberschenkeln, Armen und Mamma. WR negativ, Ponndorf und Pirquet positiv. Die histologische Untersuchung ergibt teils Wucheratrophie des Fettgewebes, teils aus Epitheloidzellen bestehende Knötchen mit eingestreuten Riesenzellen im subkutanen Fettgewebe.

3. **Reinfectio oder Reinduratio.** Der 28jähr. Pat. zeigt seit kurzem im Sulcus coronarius multiple Ulzerationen von harter Konsistenz und schmerzlose, harte Drüsenschwellung beiderseits in inguine. Seit wenigen Tagen Ikterus, vom Internisten als Icterus lueticus praecox bezeichnet. Spirochäten im Ulkus und Drüsenpunktat positiv, WR ++, Liquor negativ. 1921 wegen Sklerose mit positivem Spirochätenbefund bei ständig negativer WR Abortivkur mit Silbersalvarsan. Entscheidung, ob Reinfectio oder Reinduratio, kann nicht getroffen werden.

Fachzeitschriften.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1922, Bd. 63, Nr. 4.

Über eine Hauterkrankung von entzündlich-geschwüriger Art, die mit Wahrscheinlichkeit durch Penicillium verursacht war (Su una dermatosi, a tipo infiltro-ulcerativo, di verosimile origine penicillare), von Ulisse Rebaudi und G. B. Podestà-Genua. Wahrscheinlich durch Lagern im Grase entstanden an den unteren Gliedmaßen bei einem Mädchen fleckförmige Infiltrate von verschiedener Größe, welche oberflächlich Erosionen oder furunkelähnliche Bildungen, die unter Narbenbildung heilten, zeigten. Aus den Geschwürsrändern wie den Erosionen wurde Penicillium glaucum gezüchtet. Aus dem Blute und der Impfgeschwulst der Versuchstiere konnte es durch Kultur wieder gewonnen werden, obwohl Strichpräparate und mikroskopische Gewebsuntersuchungen bei Mensch wie Tier im Stiche ließen. Bei der Kranken wurde spezifische Kutireaktion und Komplementablenkung erzielt. Langwieriger Verlauf. Erfolg mit Jodkalium.

Digitized by Google

Über essentiellen Priapismus (Sul priapismo essentiale), von Luigi Cattaneo-Mailand. Bei einem 36jähr. Mann blieb nach dem Beischlaf (14 Tage nach der Heirat) das Glied für 38 Tage gesteift. Hauptsächliche Beteiligung der Schwellkörper des Gliedes, geringere der der Harnröhre. Starke Schmerzhaftigkeit, besonders der Wurzel, und bei Berührungen. Nach vergeblichem Versuch mit allem Möglichen Rückgang nach Anwendung von Schröpfköpfen am Damm. Infolge bindegewebiger Verdickung in den Schwellkörpern nur unvollständige Herstellung der alten Steifungs- und Begattungsfähigkeit. C. nimmt an, daß durch eine örtliche Verletzung bei der Begattung ein Reiz gegeben worden sei, der dann den Priapismus auslöste.

Bemerkungen über einige Fälle von Syphilis dritten Grades (Note sopra alcuni casi di sifilide terziaria), von Felice Bernucci-Cagliari. Betrifft sechs Fälle der schleichenden Form bei nicht oder schlecht behandelten Kranken. Nur Fallsammlung.

Syphilis dritten Grades der Lider mit gummösen, nicht geschwürigen der Bindehaut und des Lidrandes (Sifilide terziaria delle palpebre con formazioni gommose non ulcerate della congiunctiva e del bordo libero), von Giorgio Pereyra-Florenz. Chalazionähnliche Knötchen in Verbindung mit gelblichen, speckig-gallertig aussehendes, an amyloide Entartung erinnernden Flecken der Lidbindehaut. Ausgang von Bindehaut und Lidrand, nicht vom Knorpel. Ziemlich gute farbige Darstellung.

Die Behandlung der gewöhnlichen und der parasitären Barterkrankungen mit endovenösen Injektionen von Lugolscher Lösung (La terapia di affezioni volgari e parassitarie della barba con iniezioni endovenose di soluzione jodioiodurata), von Francesco Ronchese-Venedig. Langsame Einspritzung der Lösung Jod 1, Jodkali 2, Wasser 300, 1 ccm in 2 ccm Wasser bis 12 ccm in 24 ccm Wasser jeden anderen Tag und auch täglich. In drei Trichophytiefällen rasche, vollständige Heilung, in zwei anderen Mißerfolg. Keine Allgemein- oder örtlichen Störungen. Einschränkung: Trotz aller Vorsichtsmaßregeln in seltenen Fällen schmerzhafte Entzündung der Venen und, wie es scheint regelmäßig, Verhärtung und Verschluß der benutzten Saugadern. Verf. ist geneigt, die Wirkungsweise des Jods sich als eine auf die entzündlichen Produkte ausgeübte vorzustellen.

Herxheimer-ähnliche Reaktion bei einem mit Neosalvarsan behandelten Aussätzigen (Reazione Herxheimer-simile in lebbroso curato con neosalvarsan), von M. Camplani-Bergamo.

Bericht über den 8. Kongreß der Associazione professionale dei dermosifilografi italiani am 13.—14. Juni 1922 zu Triest. Diese Associazione ist eine Standesvereinigung italienischer Spezialärzte, welche den Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten und das schwindelhafte Marktschreiertum betreibt. Rebaudi brachte folgenden Vorschlag zur Annahme: Die berufliche Vereinigung der italienischen Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten schließt sich beifällig dem Beschluß der letzten Ärztebundstagung an, welche an den Minister der öffentlichen Gesundheitspflege eine Eingabe um ein Gesetz richtet, wonach in Zukunft die Berechtigung, sich Spezialist zu nennen, von einer besonderen Universitätskommission nur geprüften Ärzten erteilt werde. Die Fachgenossen sollten die Reklame in gesetzter und würdiger Weise betreiben, nur Tauf- und Familiennamen, Rang, Anschrift, Sprechstunde und bescheidenen Hinweis auf ihr Spezialfach verkünden. Montesano, Pecori und Piccardi wiesen auf den elenden Zustand, in welchen in Italien die öffentlichen Behandlungsstätten für Geschlechtskranke durch Übergang an die Gemeinden geraten sind (ungenügende Leistungen, maßlose Ansprüche der Angestellten), hin. Es wurde ein Antrag Pasinis angenommen: In Anbetracht, daß viele der Behandlungsstätten bezüglich ihrer Eignung zweifelhaften Ärzten in unordentlicher Weise anvertraut sind, verlangt die A. p. eine Musterung der Angestellten und Neuaufnahmen nach gesetzlichen Vorschriften und richtiger Bewerbung. Weiter ward ein Antrag Mazzolaris angenommen, daß den Hautabteilungen Ambulatorien angegliedert werden sollen. Dem Versuch Montesanos, die Vereinigung an den Wagen des Abolitionismus zu spannen, ward durch Pasini und Piccardi entgegengetreten und eine Kommission zum Studium der Frage Abolitionismus—Reglementierung ernannt. Auf Antrag von Pecori und Freund beklagte die Versammlung das Bestehen der Arztecke in den Zeitungen, welche schädlich, standesunwürdig und oft ungesetzlich sei, und die schwindelhafte Anpreisung von Heilmitteln. Sie beantragte weiterhin, daß die neue Verordnung über die Verhütung der Geschlechtskrankheiten baldmöglichst in Kraft trete und daß bis dahin die Sanitätsbehörde nur Spezialärzte mit der Überwachung der Dirnen betraue.

A. v. Notthafft-München.

Digitized by Google

The Urologic and Cutaneous Review.

August 1922, Bd. 26, Nr. 8.

Krätze tierischen Ursprunges (Scabies of Animal Origin), von NOXON TOOMEY-St. Louis, Mo. Nur die durch die Familie der Sarkoptiden verursachten Erkrankungen sollten als Krätze bezeichnet werden; dazu gehören die Arten Cnemidocoptes, Chorioptes, Psorotes, Notoedres, Sarcoptes, Otodectes. Eingehende, mit Abbildungen versehene Beschreibung der verschiedenen Parasiten, der Krankheitserscheinungen bei den von ihnen befallenen Tieren und dem Menschen. Diagnose der Tierkrätze bei diesem wesentlich auf der Lokalisation, dem Freibleiben der sonstigen Prädilektionsstellen beruhend. Behandlung hauptsächlich Schwefelsalben eventuell mit Mentholzusatz. Die Milbe, die die Scabies crustosa (Norwegica) hervorruft, sollte als Sarcoptes elephantiacus bezeichnet werden; der Größenunterschied zwischen männlichen und weiblichen Tieren ist bei ihr bedeutender als bei dem S. hominis.

Vitiligo und Syphilis, von M. R. BURNIER-Paris. Syphilis ist die häufigste Ursache der Vitiligo, jedoch nicht in allen Fällen, da ein Teil auf Tuberkulose, Diabetes, Neurosen beruhen kann. Vitiligo auf syphilitischer Grundlage kommt häufiger im tertiären als im sekundären Stadium vor, und zwar als einziges Symptom oder in Verbindung mit anderen, besonders Leukoplakie, Aortitis, Hemiplegie, Tabes, letzteres Zusammentreffen besonders häufig. Ferner kann Vitiligo auch bei kongenitaler Syphilis vorkommen. Die WR wird verhältnismäßig häufig positiv befunden, ebenso auch Veränderungen der Spinalflüssigkeit. Über die Pathogenese der Vitiligo bei Syphilitikern bestehen drei Theorien, nach denen sie als endokrin-sympathischen Ursprunges, als vom Zentralnervensystem abhängige Hauterscheinung oder als rein lokale, an erythematöse Syphilide sich anschließende Läsion aufgefaßt wird. Danach würde zwischen Leukomelanodermie und Vitiligo kein Unterschied zu machen sein. Mit der Theorie der Syphilis als ätiologischen Momentes für die Genese der Vitiligo steht auch der günstige Einfluß der antisyphilitischen Behandlung in Übereinstimmung, der unverkennbar ist, wenn die Behandlung lange genug fortgesetzt wird.

Hauterkrankungen in Deutschland während des Krieges (Skin Diseases in Germany During the War), von EUGEN GALEWSKY-Dresden. Besprechung der Schwierigkeiten der Beschaffung einwandfreier Medikamente und des Mangels an Verbands- und Reinigungsmaterial. Daher die Zunahme von Pyodermien, Skabies, Ekzema marginatum, umfangreiche Trichophytieepidemien. Ausführlich wird auf die Erscheinungsformen und die Pathogenese der zuerst während des Krieges beobachteten Melanodermien eingegangen. E. Levin-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Urogenitalapparat.

e. Weibliches Genitale.

Zur Prophylaxe und Behandlung des Fluor albus, von JOHANNES TREBING-Berlin. (Allg. Med. Zentralztg., 1922, Nr. 12.) Empfehlung von Lavatal, einem Schmelzprodukt aus milchweinsaurem Aluminium und Natriumperborat, das in Berührung mit Krankheitserregern und Wunden ganz allmählich ein Desinfiziens abspaltet, welches durch seine Gasform befähigt ist, überall hinzugelangen, während eine zweite Komponente, das Aluminium-Ion, noch wirksam in der ursprünglichen Lösung, zurückbleibt. Zur Prophylaxe empfehlen sich Lavatal-Vaginal-Zäpfchen aus 10% Lavatal und Kakaobutter, die vor dem Koitus tief in die Vagina einzuführen sind. Nach demselben Spülungen mit Lavatallösungen, diese auch 5—10% zur gynäkologischen Behandlung, stärkere Lösungen nur bei lokaler Behandlung. E. Levin-Berlin.

Zur Behandlung des Scheidenausflusses mit Levurinose, von PAUL STEINWEG-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 18, S. 594.) Gute Erfolge mit Levurinose bei stark purulenten Formen der Vaginitis, bei Colpitis granulosa gravidarum und bei Fluor albus ohne oder mit geringen Veränderungen in der Vagina. F. Harry-Berlin.

Über Fluorbehandlung mit Bazillosan, von H. NAUJOKS-Königsberg. (Zbl. f. Gyn., 1922, Nr. 14, S. 560.) (Erwiderung auf die Arbeit von v. JASCHKE-SALOMON in

Digitized by Google

Nr. 2.) Verf. betont, daß er aus Pulver wie aus Tabletten lebende Milchsäurebakterien züchten konnte. Den negativen Bakterienbefund der Gießener Klinik führt er auf mangelhafte Präparate, die, wie die Fabrik zugibt, zum Teil in den Handel gekommen waren, zurück. A. Rosenburg-Berlin.

Fluortherapie und Bazillosan. (Erwiderung auf Herrn Lösers Ausführungen in Nr. 12), von Rud. Th. v. Jaschke und Rud. Salomon-Gießen. (Zbl. f. Gynäk., 1922, Nr. 16, S. 627.) Verff. betonen, daß sie hin und wieder auch freie lebende Milchsäurebakterien fanden, daß aber das Mittel zu inkonstant war, was auch von Verff. erstmalig beanstandet wurde, worauf die Fabrik sich entschloß, den Präparaten nur bis zu drei Monaten eine therapeutische Wirkung zuzuschreiben. A. Rosenburg-Berlin.

Akute Quecksilbervergiftung nach Scheideneinlauf (Acute Mercurial Poisoning from Vaginal Injection), von Marshall C. Sexton-Rushville. (J. Am. m. Ass., 1922, Nr. 19, S. 1445—1446.) Der Fall betrifft eine 23jähr. Frau, die 8 Monate nach der letzten Entbindung erkrankte. Monatelang hatte sie zweimal wöchentlich gewohnheitsgemäß Scheidenspülungen mit Sublimatlösung gemacht, ohne je Beschwerden davon zu haben. In der Annahme, wieder schwanger zu sein, nahm sie jetzt 0,5 g Sublimat auf 500 ccm Wasser zur Scheidendusche. Eine Stunde darauf erkrankte sie mit heftigen Leibschmerzen und Erbrechen, wozu bald blutiger Stuhl, Versiegen des Urinflusses, Geschwüre an Mund- und Scheidenschleimhaut traten. Am 7. Krankheitstag Exitus letalis. Das Sensorium war bis zuletzt klar. Verf. nimmt an, daß die Sublimatlösung durch Uterus und Tuben in die Bauchhöhle gelangt ist, wo sie rasch resorbiert wurde. F. Quasig-Hamburg.

Sexual-Pathologie und -Hygiene.

Einige Beobachtungen über die sekundären Geschlechtscharaktere, von Alfred Gigon-Basel. (Schweiz. med. W., 1922, Nr. 13.) Als sekundäre Geschlechtscharaktere, die für das betreffende Geschlecht charakteristisch sind, aber zu der Fortpflanzung selbst nicht in unmittelbarer Beziehung stehen, werden Brustdrüse, Behaarung, Stimme, Körperbau (Skelett und Lokalisation des Fettgewebes), Psyche verstanden. Kein einziges sekundäres Merkmal stellt ein ausschließliches Attribut des einen Geschlechtes dar. Sämtliche Organe oder Teile des menschlichen Körpers, welche sekundäre sexuelle Kennzeichen aufweisen, sind ursprünglich als gemeinsame Merkmale beider Geschlechter anzusehen. In der Bildung der sekundären Geschlechtsmerkmale können die verschiedensten Dissoziationen vorkommen (stark entwickelte Brüste und mangelhafte Behaarung bei der Frau). Atypische Behaarung bei sexuell normalen Individuen ist viel häufiger als allgemein angenommen wird. Diese Dissoziation hat die praktische Bedeutung, daß ein Mensch mit Hypothyreose, der normale Schamhaare, jedoch keine Achselhaare besitzt, nicht zu den Fällen von reiner Hypothyreose gehört. Gewisse morphologische Eigenschaften gehen wahrscheinlich sehr oft miteinander parallel, z. B. Behaarung und Skelettentwicklung, Brustdrüse und Skelett. Die sekundären sexuellen Merkmale sind in ihrer Entwicklung in hohem Maße von den Sexualorganen unabhängig, sie werden von anderen Organen oder Organsystemen des Körpers sehr stark beeinflußt und können bei Keimdrüsenatrophie dennoch vorhanden sein. Da zwischen Phänotypus und Genotypus schon außerordentlich früh eine sehr scharfe Trennung erfolgt, erscheint die Hypothese sehr wahrscheinlich, daß die Keimdrüse nicht unmittelbar, sondern nur mittelbar, das heißt via Blutdrüsen, Gehirn, bestimmte Körperpartien in ihrer Entwicklung und Funktion beeinflussen kann. E. Levin-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

In Würzburg ist vor kurzem eine neue Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten (Vorstand: Prof. Karl Ziegler) im Luitpold-Krankenhause eröffnet worden, die über alle modernen Einrichtungen für Krankenbehandlung, Unterricht und Forschung verfügt. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T.N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

30. Dezember 1922 | Nr. 52 | Band 75

Aus der deutschen dermatologischen Klinik in Prag (Vorstand: Prof. C. Kreibich).

Beitrag zur Kenntnis der multiplen kleinfleckigen Sklerodermie.

Von

Dr. Erwin Pick.

Mit zwei Abbildungen im Text.

Westberg beschrieb 1901 einen Fall von „mit weißen Flecken einhergehender, bisher nicht bekannter Dermatose", der sich in keines der bekannten Krankheitsbilder einreihen ließ; weitere einschlägige Fälle wurden dann von Warde, Sherwell, Johnston und Sherwell veröffentlicht, welch letztere der Erkrankung die Bezeichnung White-spot-disease (Weißfleckenkrankheit) gaben, eine kurze Übersetzung der von Westberg gebrauchten beschreibenden Benennung. Später sind unter dieser Bezeichnung zahlreiche Fälle veröffentlicht worden, die sich in mehr oder weniger wesentlichen Merkmalen voneinander und vom Falle Westbergs unterschieden, so daß die Überzeugung, daß mit der Benennung „Weißfleckenkrankheit" keine Krankheitseinheit bezeichnet werde, immer klarer zum Ausdruck kam. Inzwischen haben die Arbeiten Juliusbergs, Dreuws, Bizzozeros u. a. auf diesem verwickelten Gebiet der Dermatologie einigermaßen Klarheit zu schaffen vermocht, was um so schwieriger war, als es sich um seltene Erkrankungen handelt, deren Ätiologie noch völlig unklar ist.

Fast übereinstimmend gelangten alle Autoren, welche die in der Literatur vorhandenen Fälle von Weißfleckenkrankheit einer kritischen Sichtung unterzogen, zu dem Schlusse, daß alle diese Fälle als zirkumskripte Sklerodermie aufzufassen sind, mit Ausnahme des zuerst erwähnten Falles von Westberg, der auch heute noch wegen seines abweichenden histologischen Bildes eine Sonderstellung einnimmt. Im allgemeinen wurden als Weißfleckenkrankheit Fälle von multipler kleinfleckiger Sklerodermie bezeichnet, von welchen die Autoren glaubten, sie nicht ohne weiteres der Sclerodermia circumscripta einreihen zu können, da sich trotz zahlreicher gemeinsamer Merkmale doch Unterschiede im klinischen und histologischen Bilde ergaben. Der nachstehend beschriebene Fall bildet einen Beitrag zum Studium dieser seltenen Affektion.

R. B, 46jährige Arbeiterin. Familienanamnese o. B. Vor 6 Monaten wurde Pat. wegen Mammakarzinoms operiert. 1 Monat vorher waren auf der Haut des Abdomens mehrere Furunkel aufgetreten, die ohne örtliche Behandlung spontan abheilten. 1 Monat nach der Operation zeigten sich auf der Haut der Nabelgegend zahlreiche weiße Flecken, die sich im Laufe einiger Wochen vermehrten und immer deutlicher wurden. Knötchenförmige Effloreszenzen wurden an diesen Stellen niemals beobachtet. Vor

Digitized by Google

2 Monaten trat unter lebhaftem Jucken an mehreren umschriebenen Stellen beider Handrücken und Unterarme Rötung der Haut, später Nässen auf. Menses normal.

Status praesens: Mittelgroße, schwächliche, anämische Patientin. Defekt der linken Mamma, mit eingezogener Operationsnarbe abgeheilt. Innere Organe ohne pathologischen Befund. Die Haut beider Handrücken gerötet, mit Krusten bedeckt, stellenweise nässend. Auf den Streckseiten beider Unterarme je ein handtellergroßer Herd, der dieselben Veränderungen aufweist; an den Randpartien dieser beiden Herde zahlreiche Ekzemknötchen und -Bläschen. Neben diesen Erscheinungen, die nur auf beiden Handrücken und Unterarmen lokalisiert sind, finden sich auf der Haut des Abdomens zahlreiche bis linsengroße, an mehreren Stellen konfluierende, scharf gegen die gesunde Umgebung abgegrenzte Flecken von kreisrunder und ovaler Form, die durch ihre perlmutterweiße Farbe auffallen; diese Effloreszenzen zeigen eine fein gefältelte Oberfläche, sind nirgends über das Hautniveau erhaben, sondern erscheinen eher leicht unternivelliert, weisen keine Einlagerungen oder Vertiefungen auf, ebenso fehlt jede Schuppung, die Hornschicht ist nicht ablösbar. Nirgends Andeutung eines roten Hofes

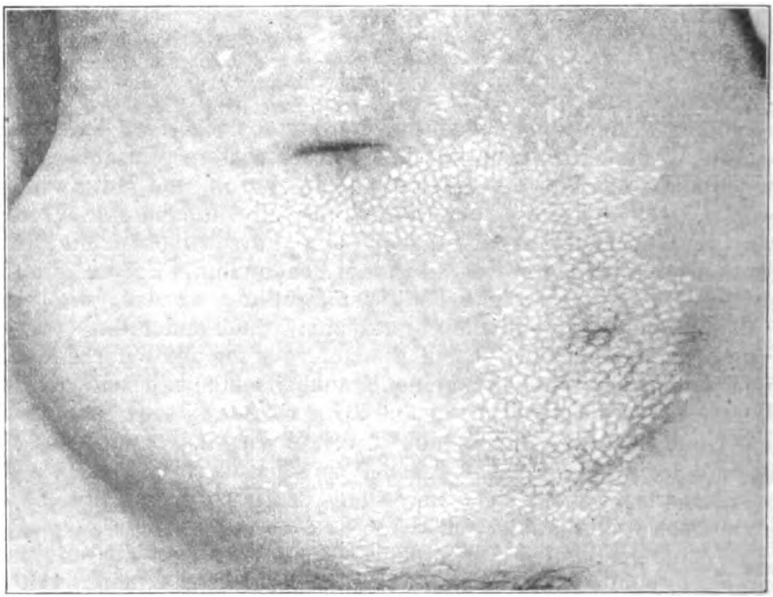


Abb. 1.

sichtbar. Eine besondere Härte der Effloreszenzen ist durch Betasten nicht festzustellen. Eine auffallende Gruppierung zeigt sich auf der linken unteren Bauchseite, wo 3 pigmentierte Narben sichtbar sind (nach Furunkel), sowie periumbilikal (hier keine Narbe). Über der Symphyse und auf der rechten unteren Abdomenfläche die weißen Flecke in diffuser Anordnung. (Siehe Abb. 1.) Auf der Beugeseite des linken Oberschenkels in der Mitte ein handbreiter Bezirk, in welchem sich ebenfalls zahlreiche Flecken der oben beschriebenen Art finden. (Siehe Abb. 2.) Ferner an der Glutäalfalte links, sowie an der Innenseite des rechten Oberschenkels und rechts vom Kreuzbein je eine kronengroße Gruppe dieser Effloreszenzen.

Blutbild normal, WR negativ. Harn ohne pathologische Bestandteile. Dekursus: Abheilung des Ekzems der oberen Extremitäten unter der üblichen Therapie im Laufe von 3 Wochen. An der Stelle der Ekzemherde ist die Haut bei 5 Monate langer Beobachtung vollkommen normal geblieben. Neue weiße Effloreszenzen sind während dieser Zeit nicht aufgetreten, während die Flecken am linken Oberschenkel viel deutlicher geworden sind, ohne sonst ihre oben beschriebenen Eigenschaften zu ändern. Zwecks histologischer Untersuchung wurden 2 Flecken rechts vom Nabel exzidiert.

Digitized by Google

Histologischer Befund: Bei schwacher Vergrößerung zeigt das exzidierte Stück einen Herd, der durch seine verdünnte Epidermis, das Verstrichensein der Papillen und die Kernarmut im Papillarkörperbereich auffällt. Der Herd liegt im Niveau der umgebenden Haut, im Zentrum eine mit Hornmassen gefüllte Follikelmündung. An den Randpartien am Übergang in die normale Haut Zellinfiltrate sichtbar. Bei stärkerer Vergrößerung erweist sich das Stratum corneum von normaler Breite, kernlos; die Keratohyalinschicht ist vorhanden, aus einer Lage locker aneinander gereihter flacher Zellen bestehend. Das Stratum spinosum deutlich reduziert, aus 2—3 Zellagen bestehend, nur an den Stellen, wo

Abb. 2.

Reteleisten angedeutet sind, 4—5 Lagen sichtbar. Die Zellen der Basalschicht unregelmäßig aneinandergereiht, z. T. kubisch und schräg oder horizontal gelagert. Retezapfen durch knospenartige Vorsprünge des Epithels nur angedeutet. Vollkommenes Fehlen von Pigment in der Epidermis. Im Papillarkörperbereich ist das Bindegewebe nicht regellos verfilzt, sondern von deutlich hervortretender horizontaler Lagerung, die einzelnen Fasern verdickt und zu gröberen Bündeln vereinigt, mit Eosin etwas blasser tingiert als in der Umgebung des Herdes. Mit van Gieson und polychromem Methylenblau keine Änderung der Färbbarkeit festzustellen. Das elastische Fasernetz bis in die feinsten Ausläufer vollkommen intakt, stellenweise etwas dichter zusammengedrängt. Zwischen den Bindegewebsbündeln spärliche Rundzellen und Spindelzellen. Blut- und Lymphgefäße unverändert. In der Umgebung des

Digitized by Google

Herdes starke Pigmentierung der Basalzellenschicht, reichlich Chromatophoren. Die Zellinfiltrate in den Randpartien bestehen aus Rundzellen, weder Plasmazellen noch Mastzellen sind nachweisbar.

Wie aus dem mitgeteilten Status hervorgeht, handelt es sich um eine Erkrankung, deren wesentliches klinisches Merkmal in der Bildung multipler bis linsengroßer Flecke von perlmutterweißer Farbe besteht und deren anatomisches Substrat eine Hypertrophie der kollagenen Bindegewebsfasern im Papillarkörperbereich bildet.

Beim Versuche, diesen Fall einem bekannten Krankheitsbilde einzureihen, müssen wir vor allem die eingangs erwähnten Fälle von „Weißfleckenkrankheit" berücksichtigen, die nach den neueren Anschauungen mit der Sclerodermia circumscripta identifiziert werden.

Betrachten wir mit Unna als gemeinsames Merkmal der Sklerodermie im weitesten Sinne die Hypertrophie der kollagenen Interzellularsubstanz, so haben wir keine Veranlassung, jene Fälle von multipler Sklerodermie, bei welchen sich der pathologische Prozeß im Papillarkörper findet und die Cutis propria verschont, als „Weißfleckenkrankheit" von der Sclerodermia circumscripta zu trennen. Es zeigt sich, daß diese Fälle sowohl klinisch als auch histologisch mit der kartenblattähnlichen Sklerodermie Unnas identisch sind und daß sich nur graduelle Unterschiede ergeben. Jedenfalls muß man sich der Ansicht Dreuws, Bizzozeros u. a. anschließen, welche die Bezeichnung „Weißfleckenkrankheit" verwerfen, da sie nur eine äußere Eigenschaft verschiedener Dermatosen trifft und über das Wesen der Erkrankung nichts aussagt. In diesem Sinne wären Fälle wie der vorliegende als multiple kleinfleckige Sklerodermie zu bezeichnen.

Literatur siehe Bizzozero, Derm. Zschr., 1915, Bd. 22, S. 517.

Aus der dermatologischen Abteilung des städtischen Krankenhauses zu Danzig (Direktor: Dr. Otto Nast).

Kupfersilikat bei Gonorrhoebehandlung. Derzeitige Erfolge und Grenzen dieser Therapie.

Von

Otto Nast und Georg Wiese.

I. Mitteilung.

Seit Neisser die Silbersalze für die Behandlung der Gonorrhoe des Mannes und der Frau eingeführt hat, ist man von dieser Therapie im allgemeinen nicht mehr abgewichen. Versuche, die Jadassohnsche Forderung: „möglichst ohne oder nur unter geringsten Schädigungen der Schleimhaut die Gonokokken an allen Orten antibakteriell abzutöten" in idealster Weise in die Tat umzusetzen, werden bis zum heutigen Tage fortgesetzt, was sowohl aus den ständig neu empfohlenen Injektionsmitteln der verschiedenen chemischen Fabriken hervorgeht, als

Digitized by Google

auch aus den Arbeiten der einzelnen Institute. Sonderlich viel Neues ist aber nicht entstanden, auf jeden Fall ist keine der neueren Methoden zum Gemeingut, wie bisher die alte Neissersche, geworden.

Weiss empfahl die Heißbädertherapie auf Grund der Beobachtung, daß bei 42° Celsius Gonokokken absterben. Eingebürgert hat sich diese Therapie weder bei Venerologen noch Pädiatern, welch letztere sie für die Vulvovaginitis gonorrhoica direkt ablehnen.

Ein willkommenes Mittel schienen im Verfolg der Weissschen Überlegungen die artfremden Eiweißkörper, Terpentin usw. als Protoplasma aktivierende, Fieber erzeugende Mittel zu sein. Ohne die Injektionsbehandlung konnte kein befriedigender Enderfolg erzielt werden.

Peisser hatte sich dann die dankenswerte Aufgabe gestellt, auf elektrolytischem Wege voranzukommen. Vorläufig sind seine Erfolge noch nicht genügend nachgeprüft, so verlockend die Versuche auch scheinen.

Kobelt hatte Heizsonden der Firma Reiniger, Gebbert & Schall mit gutem Erfolg angewandt, allerdings mehr bei chronischer Gonorrhoe und Strikturen.

Diathermie gibt gute Erfolge. Man ist aber auf eine große Apparatur angewiesen, deren Kostspieligkeit im Krankenhausbetrieb die Anwendung zur Zeit verbietet. Persönliche Erfahrungen stehen uns allerdings nicht zur Verfügung.

In allerjüngster Zeit sind von Meyenberg Saug- und Spülsonden angegeben worden, über die größere Berichte vorläufig fehlen. Als Unterstützung könnte sie auch für die alte Injektionsbehandlung in Frage kommen.

Menzi schlug dann vor, ohne jegliche lokale Behandlung durch intravenöse Kollargolinjektionen weibliche Gonorrhoe zu heilen. Ihre Erfolge konnten von allen Autoren und auch von uns nicht voll bestätigt werden.

Nast hatte dann versucht, unter ständiger intravenöser Provokation mit Vakzine und intravenösen Kollargolinjektionen die akute und chronische männliche Gonorrhoe und ihre Komplikationen zu behandeln. Bis zum heutigen Tage blieben wir bei der männlichen Gonorrhoe unter geringer Zuhilfenahme der Proteinkörpertherapie dieser Methode treu.

Für die Therapie der weiblichen Gonorrhoe geht es uns wie allen, eine wirklich einwandfreie Methode für Urethra- und Zervix-Infektion haben wir zur Zeit auch nicht. Wir greifen mit diesem Urteil den folgenden Ausführungen vor.

Die Kupferarbeiten von von Linden, auf die wir für die Gonorrhoetherapie durch Haupt mündlich aufmerksam gemacht wurden, der auf Anregung der Autorin bei weiblicher Gonorrhoe mit Kupfersilikat begonnen hatte, schienen uns erfolgversprechend. Bekannt war schon aus alter Zeit die Wirkung von Kupferlösungen auf die gonorrhoisch infizierte Schleimhaut. Würde also bei intravenöser Injektion von Kupfersilikat, wie dies vorgeschrieben ist, metallisches Kupfer durch den Urin ausgeschieden, so würde ein gutes Desinfizienz die Urethra ausschwemmen. Die Wirkung des Kupfersilikats soll durch per os gegebenes Methylenblau verstärkt werden.

Digitized by Google

Wir gingen davon aus, daß eine den Urin stark bakterizid machende intravenös injizierte Lösung der normale Vorgang bei der Harnröhrenausspülung sei. So war für uns Kupfersilikat, wenn die Voraussetzungen eintrafen, das gegebene Mittel. Wir gaben 3—5—7,5 ccm Kupfersilikat aus $CuCl_2$, dazu die gleiche Menge 0,85% NaCl. Die Kupfersilikatlösung war dabei 1:2000. Gaben wir Kupfersilikat aus $CuSo_4$, von dem wir keine besseren, dagegen schlechtere Erfolge, was sowohl die Verträglichkeit wie die desinfizierende Kraft auch mit Methylenblau per os anbelangt, bemerkt hatten, so nahmen wir die doppelte Menge der Kupferlösung, da sie 1:4000 beträgt. Nachdem wir zuerst ansteigende Dosen verwendet hatten, blieben wir bei 15 ccm stehen, injizierten jeden 2. bis 4. Tag je nach Verträglichkeit, gaben per os schon vor der ersten Injektion und nach der letzten — dies letztere genau wie Haupt — 3mal 0,1 Methylenblau in Kapseln. Der Urin färbt sich schön dunkelblaugrün. Eine lokale Behandlung der Urethra fand im Beginn der Therapie nicht statt, höchstens ausnahmsweise, aus Versehen in der ersten Zeit mit 0,2% Albargin. Die Anzahl der Injektionen pro Patient schwankte zwischen 2 und 8, bei Rückfällen gingen wir im ganzen bis auf 14.

Die Resultate waren für die Urethralgonorrhoe auffallend günstige.

Ist die bakterizide Kraft des durch Kupfersilikat und Methylenblau behandelten Urins so stark, daß schon nach zwei Spritzen Kupfersilikat auch nach Provokation eine frische Urethralgonorrhoe ausheilen konnte?

Die mikroskopische Untersuchung ergab eine kolossal rasche Abnahme der Leukozyten, eine enorme Vermehrung der Epithelien und fast sofortiges Verschwinden intrazellulärer Gonokokken. Diese Wirkung glauben wir nicht bloß auf eine bakterizide Wirkung zurückführen zu können, sondern nehmen an, daß noch andere durch die beiden Medikamente hervorgerufene chemischen Vorgänge diese Erfolge bewirken und zur Erklärung herangezogen werden müßten.

Untersuchungen von Haupt ergaben nämlich in mehrtägigen Sammelurinen geringe Mengen Kupfer, in manchen auch nicht eine Spur. Versuche in dieser Richtung haben wir auch angestellt, möchten uns aber auf die späteren Arbeiten von Lindens beziehen. Blutuntersuchungen, die wir zu Anfang im Ausstrich machten, ergaben keine besonders auffälligen Veränderungen; eine Leukozytose im Sinne von Proteinkörpertherapie-Wirkung war von uns auffallenderweise nicht festgestellt worden. Die roten Blutkörperchen hatten wir vorläufig unbeachtet gelassen, da uns bei unserem Material die gute Verträglichkeit und nur geringfügige Nebenwirkungen, niemals Schädigungen von irgend welcher Seite her aufgefallen waren. So waren uns die Beobachtungen Haupts über Abnahme der roten Blutkörperchen unbekannt geblieben. Von Nebenwirkungen haben wir nur den vom Salvarsan her bekannten angioneurotischen Symptomenkomplex beobachtet, der aber bei den Patienten auf subkutane Injektion von 2—3 Teilstrichen Suprarenin 1:1000 sofort zurückging, das nächste Mal durch vorsichtige Injektion des Kupfersilikats und vorherige Gabe — etwa $^1/_2$ Stunde vorher — von Suprarenin vermieden wurde.

Digitized by Google

Kollaps konnte in einzelnen Fällen dann eintreten, wenn ganz wenig Blut in die zu injizierende Flüssigkeitsmenge der Spritze einlief. Fällungsversuche ergaben, daß 3 Tropfen Serum zu 6 ccm Kupfersilikat geringere Eiweißflockung machten, als 3 Tropfen Serum auf $^1/_2$ ccm Kupfersilikat aus $CuSo_4$ mit physiologischer Kochsalzlösung auf 6 ccm aufgefüllt. Die Beobachtung der Vorschrift, Blut nicht in die Injektionsflüssigkeit kommen zu lassen und diese rasch zu injizieren, ließ diese Komplikation vermeiden. Individuelle Unterschiede sind dabei beobachtet worden.

Aus dem Auftreten von Zufällen kann geschlossen werden, daß im Kreislauf durch Fällung ein Eiweißkörper sich bildet, der im Sinne einer Protoplasmaaktivierung Weichardts wirken könnte. Dagegen spricht auch nicht die fehlende Leukozytose. Bekannt ist aber, daß Kupfer nicht bloß als Desinfizienz antibakteriell wirkt, sondern nach vielen Autoren „indirekt als Anreiz zur Erhöhung der Lebensfunktionen und der Abwehrkräfte" diene.

Eine Affinität des Kupfers zum Tuberkelbazillus ist vorhanden und bekannt. Wenn sich auch nach den Hauptschen Untersuchungen wenig oder gar kein Kupfer im Urin befindet, so kann man trotzdem eine direkte Affinität des Kupfers zum Gonokokkus, solange es sich noch im Kreislauf befindet, diesem nicht absprechen.

Mehr und mehr aber scheint uns die Wirkung des Metalls und des Methylenblaus im Hinblick auf das plötzliche Verschwinden intrazellulärer Gonokokken und Leukozyten im Sekret und die geringe Ausscheidung von Kupfer im Urin mit der Sauerstofftheorie Unnas in Verbindung gebracht werden zu müssen. Probleme gibt es nach dieser Richtung immer mehr zu lösen; Salvarsan, Quecksilber, Wismut und Kupfer wirken sicher nicht als reine Desinfizientien, allen Metallen scheint eine Wirkungsweise gemeinsam zu sein (Peroxydase?). Hahn hat sich mit vollem Recht experimentell ähnlicher Fragen angenommen. Auch hier gehen Versuche dieser Art weiter.

Dagegen ist der rein praktische Erfolg der, daß wir bei unserem Frauenmaterial sowohl bei frischer wie alter Urethralgonorrhoe in 76 Fällen sogar nach Provokation Dauererfolge erzielt haben. Nur 3 Rezidive konnten festgestellt werden, die auf weitere Gaben von Methylenblau und Kupfersilikat endgültig geheilt wurden. Nur bei 6 alten Fällen kamen wir bei 8 Spritzen und entsprechendem Methylenblau nicht zum Ziel.

Bemerkenswert war, daß bei diesen letzten Fällen weder die Kollargol-Vakzine-Provokationsmethode, noch Terpentin, Terpichin und artfremde Eiweißkörpertherapie Erfolg hatten. Die Urethroskopie ergab Infiltrate; nach lokaler Behandlung heilten diese Fälle aus. Alles waren Urethralgonorrhoen älteren Datums.

Eine Infektion der Zervix, der Bartholinischen Drüsen und der Blase bei reiner Urethralgonorrhoe, wie wir sie sonst im Verlauf der Infektion, selbst während des Aufenthalts der Patienten im Krankenhause bei länger dauernder Erkrankung öfters erleben, fand nie mehr statt. Worauf diese Tatsache beruht, werden weitere Untersuchungen erst entscheiden können.

Eine Immunität tritt bei unserer Therapie nicht ein. Wir erlebten einwandfreie frische Reinfektionen nach kürzester Zeit — z. B. 3 Patien-

Digitized by Google

tinnen von einem Mann infiziert — dagegen tritt raschere Heilung der Reinfektion fast allgemein ein.

Die gute Verträglichkeit des Präparats ging so weit, daß wir Salvarsan, Salvarsansublimat und Kupfersilikat an einem Tage fortlaufend reaktionslos geben konnten. Eine Einwirkung unserer Kombinationstherapie auf die WR vermuteten wir zuerst, fanden sie aber nicht einwandfrei bestätigt.

Die Zervixgonorrhoe, über die Haupt ebenfalls berichtet und bei der er in einem Zeitraum von 15 Tagen im Durchschnitt Keimfreiheit erreicht hat, haben wir ebenso wie die Adnexerkrankungen entweder gar nicht oder mäßig, in einer Anzahl von Fällen auch gut beeinflußt gesehen.

Den indirekten „Anreiz" des Kupfers könnte man eventuell in dem öfter glaßig veränderten Zervikalsekret und in der geringeren Sekretion sehen.

Die Vulvovaginitis gonorrhoica der Kinder haben wir vorläufig nicht in den Bereich unserer Versuche gezogen. Für die Behandlung der erkrankten Zervix und der Adnexe haben wir uns bisher mit unseren früheren Methoden begnügen müssen.

Die männliche Gonorrhoe ergibt zur Zeit noch außerordentlich ungünstige Resultate, wir haben bisher noch keinen Erfolg sehen können. Diese Tatsache ist uns absolut unverständlich. Wir führen sie, wie auch Zwischenfälle und refraktäre Fälle, auf das Präparat zurück, das wir seit einiger Zeit nicht mehr von der Autorin selbst beziehen können.

So erfreulich also die intravenöse Kupfersilikatinjektion und Methylenblau per os ohne lokale Behandlung bei weiblicher Urethralgonorrhoe wirkt, so daß selbst intensivste Provokation und Nachprovokation zu keinem Rezidiv führten, so betrübend ist die Tatsache, daß wir durch diese Methode gerade die schlimmste Komplikation der weiblichen Gonorrhoe wenig oder unbeeinflußt sehen. Für die männliche Gonorrhoe und ihre Komplikationen werden noch weitere Untersuchungen Aufklärung schaffen.

Die Aussicht, weiter zu kommen, besteht aber erst in dem Moment, in dem uns die Erklärung für die Wirkungsart des Kupfers, vielleicht aller Metalle, gelingen wird.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Geh. Med.-Rat Prof. J. Jadassohn in Breslau wurde zum Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten gewählt.

Die Professoren James Israel, Karl Posner und Leopold Casper in Berlin wurden zu Ehrenmitgliedern der Italienischen urologischen Gesellschaft gewählt.

Gestorben: Dr. Nicholas Louis Linnemann in Duluth, Minn. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Sachverzeichnis.

* bedeutet Originalarbeit.

Abderhaldensche Reaktion, Organ-Kolloidtherapie auf Grund der, Frühwald 1191.
Acanthosis nigricans, Brunetti, Sturli u. Freund 1123.
— — Freund 1123.
— — mit Magenkrebs, Pautrier 953.
*Achorion violaceum, Erkrankung des Kopfes durch, Harry 726.
Acne telangiectodes, zur Frage, Kumer 1182.
— vulgaris, Röntgenbehandlung, Hazen und Eichenlaub 1010.
— — Therapie, Crha 988.
— — zur Ätiologie, Seibold 719.
Acnitis, Bussalai 762.
Acrodermatitis atrophicans, Jessner 1052.
— — Ledermann 690.
— — Löwenfeld 758.
— — Schmidt 1140.
Addisonsche Krankheit beim Kinde, Lereboullet 961.
Adiposo-genitaler Symptomenkomplex, Lereboullet 961.
Adenoma sebaceum, Dore 1163.
— — u. meningeales Hämangiom, Greig 743.
Adsorptionstherapie, Grundlagen der Wiechowski 913.
Akridinfarben für Schutzpockenimpfung, Illert 788.
Aktinomykose der Harnorgane, Cecil u. Hill 1212.
— — Haut, primäre, Baskin 965.
— des Ganglion semilunare, Stahr 965.
— Kupfersulfat bei, Baracz 965.
Aktinomyzesvarietät, Fall von, Bachmann 765.
Alopecia areata, Schmitt.
— — Behandlung, Frühwald 1190.
— — durch Pruritus analis, Thibierge u. Cottenot 935.
— — Haar bei, Sabouraud 853.
— — nach Zeckenstich, Sauphar 736.
— totalis, Casal 1047.
Alopezie bei Ratten durch Thallium, Buschke u. Peiser 690.
Amyloidosis der Haut, Königstein 1185.
Anämien, Serumbehandlung, Wetterer 914.
Anaphylaxiefrage, zur, Otto 909.
Angina necrotica, Kumer 1118.
— Plaut-Vincent, Knorr 764.
*Angiokeratoma naeviforme, Bockholt 1132.
Angiolupoid, Burnier u. Bloch 855.
— Zugehörigkeit, Walter 1227.
Angioma vasculosum, Ledermann 850.
Angiom, serpiginöses, Little 1163.
Antimon in der Medizin, Schmidt 914.
Antiseptika gegen Streptokokken, Schiemann u. Wreschner 912.
Antiserumgiftigkeit, Friedberger und Schröder 909.
*Antitrein, ein Antigonorrhoikum, Klein 825.
Aolaninjektion, lokale Reaktion, Gaumitz 840.
Aortitis luetica, Hohnholz 1011.
Aphtha epizootica, Martinotti 1120.
Arsphenamin, Trypanosomen tötende Kraft, Macallum 1031.
Asphaltdermatitis, Fischl 759.
Assoziazione professionale dei dermosifilografi, 8. Kongreß 1250.
Atrophie der Haut, Fischl 1246.
— — — Kumer 1248.
— — — Oppenheim 1247.
— — — (Erythromelie) Rille 1204.
— — — idiopathische, Kumer 760.
— — — infolge Fehlens des elastischen Gewebes, Hudelo, Boulanger-Pilet u. Cailliau 738.
— — — Klinik und Ätiologie, Singer 692.
— — — mit Indurationen, Rille 1203.
— — — — sklerosierenden Herden, Riecke 1091.
— und Pigmentierungen, Montlaur u. Cailliau 735.

Digitized by Google

Atrophodermie vermiculée, Pautrier 853.
Augenerkrankungen der Neugeborenen, Salomon 832.
Autobluttransfusion bei Dermatosen, Nicolas, Gaté u. Dupasquier 1073.
Azeton in der Syphilisbehandlung, Smiley 831.
Azoospermie, unbekannte Form, Posner 841.

*Baccelli, Schöpfer der intravenösen Zufuhr von Arzneimitteln? Ist, Schönfeld 1110.
Balanitis, Spirochäten bei, Krantz 1050.
Bart, Papelausschlag durch Krümmung der Haare, Dubreuilh 935.
Barterkrankungen, Lugolsche Lösung bei, Ronchese 1250.
Bartflechte, Behandlung, Michael 765.
Bartholinitis, gonorrhoische, Bizart u. Blum 1141.
Bauchspaltenbildung, Gruber u. Best 899.
Becken, chronische Infektion im kleinen, Reif 1141.
Behandlung in der Dermatologie, neuartige, Savnik 1205.
Beingeschwür, Pathogenese, Nejrotti 744.
Bildungsanomalie bei einem Säugling, Lipschütz 1158.
Blaschko, Alfred, Ullmann 1115.
Blase s. Harnblase.
Blastomykose, Kiess 1204.
— zwei Fälle, Keith 806.
Blutbild nach allgemeinen Krankheiten, Eichelbaum 1051.
Blutchemie, Bedeutung für die Dermatologie, Pulay 1182.
Blutungen der Haut, künstliche Erzeugung, Maerz 1140.
Blutzellenfärbung, neue, Epstein 908.
Botryomykom am Nagel, Dubreuilh 739.
Bowensche Dermatose, Martinotti 1120.
Bromoderma, Hübschmann 1096.
Bronzepigmentierung, Buschke 804.
Brustdrüse, zur Pathologie, Kudji 839.
Brustwarzen, Haare an überzähligen, Kajava 964.
Bubo, gonorrhoischer, Oppenheim 1247.
— primärer, Rolnick.
Bullöse Erkrankungen, vier Fälle, Stümpke 1093.

Cedrus atlantica, Essenz von, Lepinay, E. u. Massy, R. 855.
Cheilitis, Little 852.
Chilblain lupus, Fischl 713.
Chlamydozoa-Strongyloplasmen, Lipschütz 957, 958.
Chromatophoren, Herkunft ihres Pigments, Miescher 1053.
Comedonen, gruppierte, Little 853.
Cornua cutanea, Riehl 1160.
Crampus griseus, Pigmentierung bei, Krüger 714.
Creeping Disease, Fall, Lehner 1226.
*Cricoderma, eine bisher nicht beschriebene Hautkrankheit, Rille 861.
Cryogenin, Dermatitis nach, Danel 736.
*Cutis capitis gyrata, Hecht 1035.
Cylindroma, Majocchi 1120.

Dariersche Krankheit, Louste u. Barbier 936.
— — beim Kinde, Borghoff 1009.
— — halbseitige, Arndt 804.
— — zwei Fälle, Rille 1203.
Dermatitis, artifizielle, Stowers 853.
— atrophicans, Ducrey 1124.
— — herdförmige Amyloidentartung bei, Kennedy 693.
— epidemische, Browne 957.
— herpetiformis, Little 852.
— — Stümpke 1092, 1093.
— — bei Kindern, Oliver u. Eldridge 960.
— interdigitalis eudomycetica, Lombardo 1122.
— multiforme, Pernet 852.
— papillaris capillitii, Freund 1123.
— und Asthma nach Arsphenamin, Klauder 1147.
Dermatologische Diagnose nach Philippson u. Török, Neuwirth 807.
Dermatomykosen in Schleswig-Holstein, Grütz 1162.
Dermatomyositis, Steiner 744.
Dermatopolyneuritis und Erythroödem. Thursfield u. Paterson 939.
Dermatose der Handteller, neue, Oho 959.
Dermatoskopie, Bruhns u. Dittrich 851.
— IV., Saphier 691.
— zur Methode, Bruhns 1186.
Dermatoskopische Studien, Meldelessi 1123.
— Untersuchungen, Hess 1049.
Diagnose, Fall zur, Adamson 852.
— — — Gray 785, 851.
— — — Little 785, 852.
— — — Portilla 1046.
— — — Savatard 852.
— — — Sequeira 851.
— — — Stowers 851.
— — — Whitfield 851.
Diphtherie der Haut, unechte, McCormac 852, 1162.
Diphtheriebazillenträger, Ammann 718.
Diphtheriediagnose, bakteriologische, Bitter 718.

Digitized by Google

Dopareaktion bei Melanom, Lemmel 742.
Dopattheorie, zur Kritik, Bloch 692.
Dosimetrie bei Strahlenbehandlung der Blastome, Fritsch 916.
Dupuytrensche Kontraktur, Sachs 1245.
Dyshidrosis und Syphilis, Milian und Périn 736.
Dyskeratose der Vulva, Hudelo, Oury u. Caillian 936.
Dystrophia adiposogenitalis und Ekzem, Stümpke 1093.
Dystrophia elastica follicularis, With u. Kissmeyer 1073.

Eczema seborrhoicum und Psoriasis, Sieben 719.
— vaccinatum, Köthe 959.
Ekzem der Kinder, Pulay 1071.
— — — Diät, O'Keefe 719.
— Odol-, Jadassohn 1184.
— prämykotisches, Linser 1140.
— Strauszsche Salbe bei, Voigt 959.
— und Asthma, MacCormac 852.
*— Unterempfindlichkeit der Haut gegenüber, Waelsch 982.
Elastisches Gewebe der Haut, Kissmeyer u. With 1094.
Elektrischer Strom, Verletzung durch, Riehl 1117.
Elephantiasis cruris, Lymphdrainage, Haubenreisser 956.
— des Labium, Mendelson 1232.
— nostras, Hügel 953.
— vulvae, Ravogli 1232.
Endokrine Drüsen und Infantilismus, Lereboullet 961.
Endokrine Störungen angioneurotischer Art, Audry u. Chatellier 1230.
— — Haut und, Bechet 1010.
Endokrinologische Versuche, Calearo 1120.
Endotheliom, Spieglersches, Rille 1204.
Endothermie, Wyeth 939.
Endovenöse Injektionen, Kunstgriff bei, Lombardo.
Entlausung, Wolf 766.
Entzündungsversuch, Cohnheimscher, Kauffmann 910.
Entzündung, Immunität und Anaphylaxie, Klinkert 910.
Epidermis, Frieboes Anschauungen über den Aufbau der, Schmidt 1049.
Epidermolyosis bullosa hereditaria, Mayr u. Katz 1051.
— — — Planner 1160.
— — — Siemens 856.
— — — und hereditäre Dermatitis herpetiformis, Siemens 857.
Epidermophytia inguinalis, Brünauer 838.
Epidermophyton inguinale, Aronstam 1031.
— — Kendall 807.
— rubrum, Eczema marginatum und Tinea decalvans, Ota 953.
Epididymitis, Elektrargol bei, Mouradian 1143.
Epididymitis und suprapubische Prostatektomie, Winsbury, White 843.
Epitheliale Dermatose mit Abszessen, Planner u. Strassberg 758.
Epitheliom, Löwenfeld.
— auf Lupus vulgaris, Pernet 851.
— Bowensches, Mount 1027.
— der Lippe, Troyman 744.
— — Rückenhaut, Poláček 1245.
— des Gesichts, Radium gegen, Morrow u. Taussig 1075.
— Kerato- am Skrotum, Pernet 1162.
— Melano-, Montpellier u. Lacroix 737.
— nach Radium, Heller 850.
— Radium bei 500 Fällen von, Duncan 806.
— verkalktes, Bilke 743.
— — Dubreuilh u. Cazenave 1230.
Epitheliome, primäre, Darier 954, 1162.
Erblichkeitslehre, Grundriß, Lenz 1164.
Erfrierung, Knochenveränderungen, Pulay 856.
Erysipel, Abortivbehandlung, Kumaris 960.
— heilender Einfluß auf bösartige Tumoren, Wolffheim 763.
Erythema bullosum, Eisenstaedt 960.
— induratum, Arzt 1119.
— — Jordan 712.
— microgyratum persistens, Strempel 1049.
— multiforme, Hofmann 758.
— — der Wangenschleimhaut und Conjunctiva, Arzt 758.
— — des Mundes, Fischl 1159.
— — großknotiges, Arzt 758.
— — perstans, Arzt 1246.
— — rezidivirendes, Wertheim 1050.
— nodosum bei Kindern, Nobécourt 957.
— — Hirschhornsalz bei, Ammann 957.
— — syphiliticum, McEwen 1074.
— solare auf Vitiligo, Porias 1246.
Erythemato-Sklerose, nummuläre, Milian 737.
Erythematovesikuläres Exanthem, Mariani 1124.
*Erytheme, anuläre, Sklarz 796.
Erythrocyanosis symmetrica, Balte 956.
Erythrodermie, congénitale ichthyosiforme, Rille 1203.
— primäre, Strassberg 1118.
Erythroedem und Aerodynie, Weber 953.

Digitized by Google

Erythro-Keratodermie, kongenitale verruköse, Hudelo, Boulanger-Pilet und Caillau 934.
— landkartenartige, Jeanselme, Chevallier, Burnier u. Périn 937.
Erythromelalgie, Stott 1163.
Erythromelie, Rille 1204.
Espundia, Mehrdorf 740.
Eunuchoidismus beim Kaninchen, Lipschütz 844.
Exanthem im Kindesalter, fieberhaftes, Levy 768.
— toxisches, Arzt 758.
Exanthema subitum im Kindesalter, fieberhaltes, Veeder 767.
Exostosen, subunguale, Schütz 965.

Favus, Fuhs 1248.
— beim Kanarienvogel, Fischer 691.
*— beim Menschen, Mäuse-, Soltmann 869.
— capitis, Fuhs 760.
— des Augenlides, Lévy-Franckel u. Offret 735.
— in Vorpommern, Schönfeld 765.
*Fernrohrlupen und Fernrohrmikroskop, Oelze 875.
Fibroma molluscum s. Neurofibrom, Neurinom, Recklinghausensche Krankheit.
Fleckfieber, chirurgische Komplikationen, Herzenberg 967.
— Moskauer Epidemie 1917—20, Pletnew 789.
— Protozoen in der Zerebrospinalflüssigkeit, Kritschewsky 789.
— Studien, Finkelstein 789.
*Fliegenmaden im Kopfhaar, Fritz 773.
Fluor albus, Bazillosan bei, v. Jaschke u. Salomon 1252.
— — — — Naujoks 1251.
— — Behandlung, Trebing 1251.
— — Levurinose bei, Steinweg 1251.
Follikularzyste, Arndt 804.
— und Spindelzellenepitheliom, Frei 1052.
Folliculitis decalvans, Little 1163.
— — Ravogli 965.
Fordycesche Krankheit, Barber 1163.
Formaldehyd-Erstarrungsreaktion, Burke 1146.
Frauenbart, Röntgenbehandlung, Meyer 1209.
Fulguration, zystoskopische, Timberlake 1031.
Fusospirilläre Symbiose, Knorr 764.
Fußgeschwür, hereditäres, Hicks 744.

Gattenwahl, Hirsch 1147.
Gautiers Clarimonde, Psychoanalyse, Bronstam 1164.
Geflügelpocke, Lipschütz 957.
Gelenkauswüchse der Haut, Montgomery u. Culver 1146.
Genitalnervenkörperchen in Klitoris und kleinen Labien, Geller 1231.
Geschlechtscharaktere, sekundäre, Gigon 1252.
*Geschlechtskranke, Statistik der Verheirateten, Reichenbächer 821.
*— — — — Voigt 1153.
Geschlechtskrankheiten, Stein 904.
— Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung, 1056.
— Fürsorge in der Rheinprovinz, Vossen 951.
*— Gesetz zur Bekämpfung, Schmölder 680.
— Gesetzentwurf, Galewsky 860.
— in Frankfurt a. M., Ascher 859.
*— Nourneys Immunitätsbehandlung, Delbanco 705.
— Prophylaxe, Robertson 860.
— und Schadenersatz, 859.
— Wesen und Behandlung, Zieler 904.
— zur Frage, Greif 1147.
Geschlechtsleben, Regeln für die Jugend, Stelz 905.
Geschlechtstrieb und innere Sekretion, Weil 844.
Geschwülste der Haut, knotige, Spremolla 743.
Geschwüriger Prozeß am Genitale, Stümpke 1093.
Gesicht, Zerstörungen, Stümpke 1092.
Gesichtsplastik, Schlaepfer 939.
Getreidekrätze, Murero 1123.
Gewebsatmung und Röntgenwirkung, Gans 1187.
Gicht und Nukleinstoffwechsel, Schittenhelm 911.
Giemsafärbung, Wesen der, Unna 908.
Gitterfasern bei Hautkrankheiten, Zurhelle 1055.
— — Karzinom, Homma 1186.
Glaserkitt, Berufskrankheit durch, Oppenheim 1115.
Gleichstromwiderstand der Haut, umschriebene Verminderung, Mayr 1048, 1050.
Gonokokkenseptikämie, Barbe u. Meynet 1142.
— Jenkins 1101.
Gonokokkenvakzine, Porcelli 1123.
*Gonokokkus, chemischer Aufbau, Schumacher 1174.
— zur Biologie, Lorenz 1183.
Gonoreaktion, Montpellier u. Lacroix 1141.
Gonorrhoe, Antigonokokkenvakzine, Borelli 1123.
— Autovakzinebehandlung, Osswald 1050.

Digitized by Google

Gonorrhoe, Behandlung, Mouradian 1143.
— bei kleinen Mädchen, Scomazzoni 762.
— beim Manne, Anatomie, Belfield 1100.
— der Zervix, Katz 1141.
— des Mannes, Kollmann 1207.
— Gelenkentzündungen, Behandlung mit Eigenblutserum, De Bella 762.
— Komplementbildung, Osmond 1100.
*— Kupfersilikat bei, Nast u. Wiese 1256.
— Kursus der Technik, Joseph 1102.
— Larynx-Gelenkaffektion, Rhodin 715.
— männliche, Behandlung, Glenn 1031.
— — zur Prognose, Delbanco 1183.
— neue Behandlung, Mason 1046.
— Rivanol bei, Biberstein 1102.
— Saugmethode bei Urethritis und Prostatitis, Saudek 785.
— Therapie, neues Prinzip, Piorkowski 1209.
— und Appendizitis, Müller 1101.
— und Syphilis der Urethra gleichzeitig, Piccardi 1123.
— Vulvovaginitis, Endausgang, Kjellberg 715.
— weibliche, intravenöse Therapie, Gauss 1102.
Gonorrhoische Adenitis pelvica, Pasini 1123.
— Arthritis, Beteiligung der, Kamnitzer 1101.
— — Gipsverbandbehandlung, Collings 840.
— — suppurativa, Merlino 1101.
— Epididymitis, Behandlung, Ravitch 1103.
— — Röntgenstrahlen bei, Wetterer 1103.
— Hautmetastasen, Weill 840.
— Keratodermie, Buschke 804.
— — Gager 1101.
— — Lees 832.
— — McDowell 1101.
— — der Glans, Jeanselme u. Blamoutier 738.
— Vulvovaginitis infantum, Schmidt 1103.
Gonorrhoischer Bubo, Oppenheim 1247.
— Eiter, Jodophilie, Crosti 1123.
— Rheumatismus, Behandlung, Wright 1030.
— — neue Behandlungsmethode, Ross 1103.
Gonozystol, Grimme 1102.
Gramfärbung, Lugolsche Lösung bei, Vierling 908.
Granulationsgeschwülste durch Eitererreger, Porcelli 762.
Granulom, venerisches, de Aja 1046.
Granuloma anulare, Arndt 850.
— — Burnier u. Rejsek 1097.
— — Heyn 691, 804.
— — Kenedy 1227.
Granulome, Rosenthal 680.
Granulosis rubra nasi, Fuhs 761.
— — — Lipschütz 1246.
— — — Randak 1161.

Haarausfall, Behandlung nach Zuntz, Apel 765.
Haarkrankheiten, Lehrbuch, Joseph 716.
Haarschaft, Verdünnung, Riecke 1091.
Hämatomyelie mit Blasensymptomen, Bethune 1029.
Hämaturie durch Kanthariden, Melen 1045.
Hämophilie, Bluttransfusion bei, Herzog 717.
Hämorrhagische Diathese und Diabetes, Gorke 717.
Hände und Füße, Hautausschläge der, Williams 1144.
Hand- und Fußleiden, Therapie, Ruggles 1146.
Hanf, Toxidermie durch indischen, Porias 1245.
Haplographium, de Bella u. Marengo 1124.
Harnbeschwerden, ungewöhnliche Ursachen, Irwin 1165.
Harnblase bei Kolibazillensepsis, Werboff 897.
— Einfluß von Pituitrin, Serdinkoff 1166.
— Extraktion einer Haarnadel, Silvan 842.
— Fremdkörper, Slotkin 1029.
— — Ulrich 842.
— Hernien und Fremdkörper, Ellerbrock 1166.
— Papillom, Thomas 1029.
— Röntgenbehandlung der Geschwülste, Kolischer u. Katz 1166.
— tabische Parese, Oppenheimer 1166.
— weibliche, plastische Operationen, Newman 1046.
Harnblasendivertikel, Legueu 1166.
Harnblasen-Gebärmutterfistel, Radium gegen, Gann 1045.
Harnblasengeschwür, extraperitonealer Durchbruch, Jean 955.
Harnblasenhals, Kontraktur, Beer 1165.
Harnblasenpapillom, von Denburg 1046.
Harnblasensteine, Nakajima 897.
Harnblasenverletzung durch Pfählung, Schröder 842.
Harnblasenvorfall durch die weibliche Harnröhre, Hahn 844.

Digitized by Google

Harnblasentumoren, Verschwinden durch Hochfrequenzstrom, Martin 955.
Harninkontinenz bei Kindern, Courtade 1104.
Harnleiter, Verlegung, Schenck 1031.
Harnleitersteinen, Zystoskop bei, Dillingham 1030.
Harnleiterverengerung, intravesikale Behandlung, Walther 1030.
Harnorgane, röntgenologische Fortschritte, Eisler 695.
— Schußverletzungen, Pfister 827.
Harnpepsin, Leper u. Baumann 1231.
Harnretention ohne nachweisbare Ursache, Stutzin 842.
Harnretention, Singultus bei, Schön 1168.
Harnröhre, angeborene Klappen in der, Glingar 1098.
— Dilatation ohne Ende, Hammesfahr 1165.
— Fremdkörper, Day u. Ashby 1030.
— männliche, Larven in der, Ezickson 1148.
Harnröhrenspiegel, Valentinischer, Kaufmann 898.
Harnröhrenstein, Hirsch 1148.
— Harnextravasat durch einen, Hall u. Tharp 807.
Harnröhrensteine, zystoskopisch entfernt, Paul 1030.
— stumme, Bonn 1164.
Harntrakt, Diagnose und Behandlung gewisser Erkrankungen am, Buerger 1212.
Harnwege, frühzeitige Erkennung von Krankheiten der, Jacobs 1103.
Haut und vegetatives Nervensystem, Pulag 1210.
Haut, zur Anatomie und Biologie, Frieboes 1051.
Hauterkrankungen während des Krieges, Galewsky 1251.
*Hautkrankheit, eine bisher nicht beschriebene (Cricoderma), Rille 861.
Hautkrankheiten und Syphilis im Kindesalter, Atlas, Finkelstein, Galewsky u. Halberstaedter 904.
Hautproben, Histologie positiver, Strickler 910.
*Hautreize und deren Verwendung, Hammer 969, 996.
Hautschmerzreize, Sonnenstein 907.
*Haut- und Geschlechtskrankheiten, Kombination von Heilmitteln bei, Hecht 800.
Hefepilze, pathogene, Greenbaum u. Klauder 1146.
Heliotherapie, Amstad 695.
Heilentzündung und Heilfieber, Schober 912.
Hemispora stellata, Porcelli 1123.
Herdinfektion und Hautkrankheiten, Leslie-Roberts 964.
Herpes febrilis, Übertragungsversuche, Fontana 1120.
Herpes menstrualis, Tommasi 1123.
— nasalis nach Phenolphthalein, Rosenbloom 957.
— rezidivierender, Ätiologie, Milian u. Périn 936.
— — Autoserotherapie, Tzanck 738.
— — Impfung auf Kaninchen, Flandin u. Tzanck 738.
— zoster, Montgomery 1029.
— — Ullmann 1160.
— — doppelseitiger, Hillenberg 957.
— — durch Varizellen, Lampe 717.
— — faciei, Halberstädter 850.
Herpesgruppe, Ätiologie, Lipschütz 714.
Herpesinfektion, Experimentalstudien, Vegni 717.
Hochfrequenztechnik, medizinische, Müller 762.
Hoden, Bauchhöhlensarkom, Edington 1167.
— dritter, als Darmanhang, Oudendahl 1166.
— Teratom, Weithas 1029.
Hodenentzündung, nichtspezifische, Mandl 1167.
Hodentransplantation und Homosexualität, Kreuter, Pfeiffer 1167.
Höhensonne, Dosierung, Keller 696. 1141.
Höhensonnenlicht in spektralanalytischer Hinsicht, Richter 696.
Homosexualität und Hodentransplantation, Kreuter, Pfeiffer 1167.
Hufeisenniere, Spaltung, de Groot 899.
— Trennung, van Houtum 898.
Humagsolan, bei Alopezie bewährt? Pinkus 965.
Hydroa aestivale, MacLeod 1162.
— vacciniformis, Weber 959.
Hydronephrose, intermittierende, Cottrell 1045.
Hyperidrosis, Behandlung, Joseph 940.
Hyperkeratose, follikuläre, Arzt 1160.
Hyperkeratosis plantaris, Palumby 1124.
Hyperorchidie, Haas 843.
Hypertonische Injektionen, Ulzerationen nach, Lévy-Franckel, Bossan u. Guieysse 935.
Hypothyreoidismus, Hauterscheinungen, Towle u. Oliver 1075.
Hypertrichose, mit Spina bifida, Tarchini 1124.
Hypodermiasis, Toomey 785.
Hypophyse bei akuten Infektionskrankheiten, Plaut 741.
Hypospadie, Operation, Fischer 1104.

Digitized by Google

Ichthyosis, atypische, Poláček 1244.
— bullöse, O'Donovan 1163.
Ichthyosisfamilie, Stammbaum einer, Leven 857.
Ikterische Hautschrift, Schürer 956.
Impetigo contagiosa in Schulen, Simey 958.
— — und Ecthyma, Fuchs 858.
Impetigo herpetiformis, endokrine Drüsen, Walter 1228.
Impfnekrose, Vollmer 713.
Impotenz des Mannes, Orlowski 716.
Indigokarmin und Phenolsulfonaphthalin, Ausscheidung, Thomas u. Min Hsu 1163.
Induratio penis plastica, Casal 1047.
— — — Müller 1148.
*— — — Radiumbehandlung, Kumer 673.
— — — Spontanheilung, Sachs 857.
Injektionsepithelisierung granulierender Wunden, Reschke 958.
Injektionsnadeln, Pferdehaar für, Daniels 915.
Intertrigo, mykotische, Dubreuilh u. Joulia 1072.

Jodipin bei Psoriasis, Lucas 959.
Jodkataphorese, Menschikow 784.
*Jododerma tuberosum, Fall von, Hodara u. Behdjet 730.
Irrtümer, diagnostische, Frauenheilkunde, Schwalbe 839.
Juckempfindung, zur Physiologie, Rothman 1051.
Juckende Punkte, Toomey 1164.

Kalkablagerung in der Haut, Liesegang 856.
*— — — — Memmesheimer 1223.
— — — — Pospelow 1227.
Kaltblüterorganismus als Indikator kolloidaler Zustandsänderungen, Molitor u. Pick 910.
Kankroid der Lippe, Radium bei, Montgomery u. Culver 805.
*Karbunkel, Behandlung, Hammer 949.
Karzinom, Ausgang von den Schweißdrüsen, Morini u. Montagnain 761.
— der Zunge, Löhe 690.
— Gitterfasern bei, Homma 1186.
— melanotisches, Adamson 1163.
— neue Gedanken zur Therapie, Wetterer 963.
— — — — Wolff 963.
— Teerexperimentelle Erzeugung, Bierich u. Möller 764.
*Kaufmann-Wolf, Marie, Delbanco 1242.
Keloid bei Syphilis, Lipskerow 712.
— nach Verbrennung, de la Portilla 1047.
Keloid, Pepsin bei, Buschke.
Keloidakne, de Aja 1046.
Keratodermia disseminata papulosa palmaris et plantaris, Oppenheim 1158.
— erythematosa, Balban 1117.
— symmetrica papulaso palmaris et plantaris, Oppenheim 1115.
— palmare et plantare dissipatum, Braun 1051.
— — — — hereditarium, Dubrow 712.
— — — — — Rille 1203.
Keratose, bisher unbekannte, Rille 1204.
Keratosis follicularis, Kren 1245.
— — Oppenheim 1157.
— — Siemens 856.
— — Epidermie, Peyri 1229.
— — sclerotisans, Iwanow u. Tyschnenko 855.
— palmaris et plantaris, Riehl 1160.
— — — — mit Nagelveränderungen, Riehl 1160.
— rubra congenita, Rille 1203.
— — figurata, Rille 1204.
Kerion, atypische Lokalisation, Borelli 1123.
Kinnplastik, Sebileau u. Dufourmentel 736.
Klimakterische Toxidermien, Ovarialtherapie, Hofbauer 939.
*Knochenbildung in der Subkutis, Fraenkel 1057.
Kohlehydrate, Beeinflussung durch Strahlen, Pincussen 916.
Kohlensäureschnee, Apparat für, Lortat-Jacob 937.
Kolloidmilium, Dubreuilh 739.
Komedonen und pseudolupöse Infiltrate, Kissmeyer 1228.
Kondylome, Spitze, der Harnröhre, Zerstörung durch Kaliumpermanganat, Oro 762.
Kopfhaut, eitrige und narbenbildende Erkrankung, Wise u. Parkhurst 1027.
Kosmetik, Geschichte, Sedivy 739.
Krätze, Hunde-, Dubreuilh 938.
— — Thibierge 854.
— tierischen Ursprungs, Toomey 1251.
— s. auch Skabies.
Krätzmilbe, Naturgeschichte der, Kiess 1204.
Krampfadern, Behandlung, Voeckler 940.
*Krankheit und Vererbung, Leven 709.
Krebs, Behandlung, Kolischer 1163.
— der Gebärmutter und Syphilis, Audry u. Suquet 1229.
— — Haut und Schleimhaut, neue Behandlungsmethode, Pulvirenti 763.
— — Lippe, Radium bei, Wilkens u. Gewin 806.
— — Prostata, Radium bei, Bumpus 1192.

Digitized by Google

Krebs, Radiotherapeutisches, Taft 806.
— Röntgen und Radium bei, Levin 805.
— Strahlenbehandlung, Stevens 806.
— — Strauss 963.
— s. auch Bowensche Dermatose, Epitheliom, Kankroid, Karzinom, Lupuskarzinom.
Krebsserum, Wirkung der Autoserotherapie auf die Lipoide des, Loeper, Debray u. Tonnet 763.

Läuse- Kopf- und Kleider-, Unterscheidung, Sikora 766.
Läusemittel, gallensaures Salz, Peters 967.
Laktininjektionen, Gawalowski 785.
Larven in der Harnröhre, Ezickson 1148.
*Leipzig, Arbeiten aus der Dermatologischen Klinik (Direktor: Prof. Rille); der 87. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte gewidmet 861.
— Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte 792, 860.
Leishmaniose der Haut, Brahmachari 961.
Lepra anaesthetica, Gazelli 1124.
— Antimon gegen, Wildisch 989.
— Autovakzine, Porcelli 1123.
— Chaulmoograöl 989.
— — intravenös gegen, Harper 989.
— Fettsäuren des Chaulmoograöles bei, Hollmann 1075.
— in Bengalen 989.
— — Sardinien, Serra 1076.
— Kalium-Kalziummanganat, Loiselet u. Hikhary 738.
*— klinisch geheilte, Sektionsbefund, P. Unna u. A. Plaut 1013.
— maculosa und tuberosa, Ehrmann 1247.
— Neosalvarsan und Herxheimersche Reaktion bei, Camplani 1250.
— tuberosa, Barber 1163.
— — Kiess 1205.
Leprabazillen, Aspiration von Knoten, Greenbaum u. Schamberg 989.
Leuconychia striata, Sibley 1095.
Leukämie, Hautaffektion, Bethmann 1141.
— — bei, Kren 1159.
Leukämische Erythrodermie, Strassberg 1118.
Leukopathie, einseitige zosteriforme, Randak 713.
Leukoplakie der Zunge, Pinard u. Deglaire 738.
— durch Algen, Pautrier u. Scheffer 853.
*Leukutane bei Hautkrankheiten, Bruck 1033.
Levurinose bei Dermatosen, Gillmeister 719.
Lichen, Covisa 1046.
*— Neosalvarsan bei, Hodara u. Behdjet 833.
— nitidus, Balban 1160.
— obtusus corneus, Gray 852.
— — — Sibley 785.
— ruber acuminatus, Arndt 850.
— — — Hammer 1141.
— — — Oppenheim 759.
— — — Rille 1203.
— — planus, Balban 1117.
— — — Hellmann 1115.
— — — Kumer 760.
— — — Reiner 1245.
*— — — auf Naevi, Kaufmann-Wolf 769.
— — — bei Varizen, Balban 1117.
— — — circinatus, Halle 1092.
— — — durch Schröpfköpfe, Burnier 1097.
— — — nach Salvarsan, Montpellier, Lacroix u. Boutin 938.
*— — — oder Salvarsanexanthem, Marenbach 1233.
— — — striatus, Brünauer 1117.
— — — und acuminatus, Feldman 1075.
— — — — — Krüger 1115.
— — — zosteriformis, Bogrow 784.
— — — penis et scroti, Fischl 759.
*— — — und lichen-planus-ähnliche Exantheme bei Salvarsankuren und Syphilis, Wirz 745.
— — verrucosus, Randak 1249.
— scrofulosorum, Fuhs 760, 1119, 1161.
— — Kren 1245.
— — Krüger 1114.
— — Fischl 1159.
Lichenifikation, knotenförmige, Pautrier 902.
— — neuer Fall, Pautrier 853.
Lichtbehandlung, physikalischer Wert der Lichtquelle bei, Ahlswede 807.
Lingua geographica, Sympathikus und endokrine Drüsen, Lévy-Franckel u. Juster 937.
Lipoide, Biologie, Schmidt 1147.
— Zellgranula, Herkommen, Kreibich 1228.
Lipoidmenge, Veränderungen nach Injektion körperfremder Stoffe, Gabbe 913.
Lippenaffektion, Lues? Krüger 1157.
Livedo bei Tuberkulose, netzförmige, Fischl 713.
— lenticularis, Fischl 1160.
Lupoid, Schmidt 1140.
Lupus erythematodes, Fischl 1159.
— — Halle 1092.
— — Hammer 1140.
— — Ledermann 850.

Digitized by Google

Lupus erythematodes, Marthum 1140.
— — Oppenheim 1157.
— — Perutz 1116.
— — Strassberg 1247.
— — Stümpke 1092.
— — acneiformis, Oppenheim 1115.
— — Ätiologie, Neuwirth 692.
*— — Behandlung mit Neosilbersalvarsan, Hachez 678.
— — des Mundes, Kumer 1161.
— — disseminatus, Oppenheim 759.
— — — Randak 1119.
— — Kohlensäureschnee bei, Murero 762.
— — Krysolgan bei, Martenstein 1181.
— — mit rheumatischen Erscheinungen, Barber 785.
— — — totaler Alopezie, Chatellier 901.
— — und Lymphomata colli, Brünauer 1116.
— — universeller, Oppenheim 1246.
— — zur Kenntnis, Galewsky 1187.
— miliaris disseminatus, Pautrier u. Eliascheff 827.
— pernio, Fischl 713.
— — Rabut 1229.
— vulgaris, Hammer 1140.
— — am Gesäß, Reif 1140.
— — atypischer, Strassberg 761.
— — ausgebreiteter, Strassberg 1247.
— — Benzyl-Zimtsäure-Äther, Jacobson 935.
— — Bogenlicht bei, Heiberg u. With 786.
— — disseminatus, Kumer 1161.
— — — Moses 849.
— — Fälle, Stümpke 1092.
— — follicularis disseminatus, Kerl 1117.
— — Friedmannsches Mittel bei, Buschke u. Peiser 690.
— — Kontagiosität, Burchardt 790.
— — mikroskopische Untersuchung der Nasenschleimhaut, Heiberg und Strandberg 990.
— — mit tertiärem Syphilid, Ledermann 680.
— — rhinoskleromartiger, Hellmann 1115.
— — salpetersaures Quecksilberoxyd bei, Zeisler 990.
— — verrucosus, Krüger 1157.
Lupuskarzinom, Arzt 1119.
— Volk 1117.
Lymphadenoma cutis, Sibley 1162.
Lymphangiom der Leiste, Galewsky 1187.
Lymphangioma planum et verrucosum, Giampoli 1124.
Lymphgefäße und Lymphdrüsen, Rolle bei Absorption fremder Teilchen, Herring u. Macnaugthon 908.
Lymphogranulomatose, v. Hecker u. Fischer 964.
Lymphogranulomatis inguinalis, WR bei, Ravaul u. Rabeau 903.
Lymphozyten, lipoidspaltende Funktion, Aschoff u. Kamiya 908.

Madurafuß, Pagenstecher 966.
Mäusekarzinom, Erzeugung durch Teerpech, Bloch 1226.
Makrocheilie, Schmidt 1092.
Makroglossie, Chatellier 1072.
Malariaexanthem, Brauer u. Fraenkel 787.
Malum perforans buccale, May 962.
Mammae in der Pubertät, Hypertrophie, Greig 860.
Mammatumoren, maligne, Silberberg 963.
Mannheim, neue dermatologische Abteilung 968.
Marokko, Bilder von Syphilis und Hautkranken aus, Decrop u. Salle 735.
Masern, Serumprophylaxe, McNeal 786.
Mastdarmspülung, Rücklaufkanüle, Simon 1096.
Maul- und Klauenseuche beim Meerschweinchen, experimentelle v. Niessen 807.
— — — — Menschen, Cameron 784.
Melaninsäuren im Tierkörper, Adler u. Wiechowski 742.
Melanokarzinom, Buschke 850.
Melanose, Rosenthal 690.
*Mikroskopische Neuerungen für Dermatologen, Oelze 875.
Mikrosporie, Fuhs 1248.
— Allgemeinerkrankungen, Arzt 1180.
*— Allgemeinexantheme, Arzt 1193.
— Allgemeininfektion, Arzt u. Fuhs 713.
— atypische, Fuhs 1119, 1161.
— Lehrfilm, Arzt 1186.
— Lichen, Oppenheim 1157.
Mikroskopische Technik, Romeis 1099.
Miliarlupoid, Rischin 856.
— benignes, Segré 1124.
Milzbrand, Behandlung, Biancheri 960.
— Serumbehandlung, Regan 720.
Milzbrandbazillen in Rasierpinseln, Symmers u. Cady 740.
Molluscum contagiosum, Stümpke 1093.
Mongolenfleck, Leven 743.
Monilethrix, Golay 1230.
— Rille 1203.
Morphaea, Kumer 1248.
— guttata, Fox 852.
Morphininjektion, Scrofuloderma nach, Planner 1117.

Digitized by Google

Mycosis fungoides, Arzt 1116, 1160.
— — Ischewski 712.
— — Little 1162.
— — Nobl 1158.
— — Rüsing u. Schulte 964.
*— — Wellmann 1149.
Mykose der Haut, ausgebreitete, Louste u. Laurent 936.
— superfizielle, Bobowitsch 784.
Myome der Haut, Stümpke 1092.
Myxödem, Krupnikow 712.
— Spät-, Lehmann 961.

Naevi, Histogenese, Kogoj 987.
Naevo-Xantho-Endotheliom, Sequeira 852.
Naevus anaemicus, Bruhns 805.
— bisher nicht beschriebener, Lipschütz 1054.
— linearis, Little 853.
— — Wolfsohn 784.
— — und Halsrippe, Léri u. Tzanck 937.
— multipel, Gray 852.
— Pringle, Randak 1249.
Nanauatzin, mexikanischer Syphilisgott, Heller 850.
*Naphtensäure bei Skabies, Joseph 846.
Narbenektropium, Plastik, Wheeler 744.
Nasenkorrektur nach Hasenschartenoperation, Meyer 939.
Nasenoperationen, kosmetische, Gallusser 939.
Naturforscher und Ärzte, Versammlung Deutscher — in Leipzig, 792, 860.
Nebenhoden, Tuberkulose, Schmieden 843.
Nekrose der Haut bei einer jungen Frau, Belliotti 761.
Nephrektomie, Folgen, Legueu 1231.
Nephrostomie, lebensrettende, Haslinger 899.
Neuritis durch Armbanduhr, Stopford 939.
Neurodermitis generalisata und Erythema multiforme, Brünauer 1116.
— — — — — Ehrmann 1158.
Neurinom, Schmitt 1092.
— Wallner 962.
— zur Frage, Sommer 962.
Neurofibrom, familiäres, Hoekstra 742.
— in der 2. Generation, Ehrmann 1118.
— Knochenveränderungen, Stahnke 742.
— mit Akromegalie, Escher 901.
— zerebral, medullär und peripher, Molter 961.
— s. auch Neurinom, Recklinghausensche Krankheit.
Niere, aszendierende Infektion, Walker 1212.
— Atrophie, Kaufman 1031.
Niere, Hypernephrom, Goldstein 1030.
— Infektion der, Quinby 1192.
— polyzystische, bilaterale, Rolando 955.
— Tuberkulose, Hess 1031.
Nieren, tuberkulöse Erkrankung kongenital abnormer, Reil 1098.
Nierenaktinomykose, Pinner 898.
Nierenbecken, Doppelbildungen, Hryntschak 1098.
— Leukoplakie, Kraul 1099.
Nierenbefund, merkwürdiger, de Lange 843.
Nierenblutung, einseitige, Levin-Herzfeld 827.
Nierendekapsulation bei Haematurie, Schüppel 898.
Nierendiagnostik, Indigokarmin bei funktioneller, Harpstee 807.
Nierendystopie, kongenitale, Baumm 1104.
Nierenerkrankungen, Harnuntersuchung bei, Jones 1192.
Nierenfunktionsdiagnostik in der Chirurgie, Renner 1097.
Nierenfunktionsproben, Morris 1231.
Nierengefäße, akzessorische, Petrén 1231.
Nierenharnuntersuchung, getrennte, Boeminghaus 899.
Nierenkarzinom im Kindesalter, Peicic 900.
Nierenlager, Pneumoradiographie, Boeninghaus 1097.
Nierenkelche, Funktion, Haebler 897.
Nierenprozesse, pyogene, Urotropininjektionen gegen, Harttung 1212.
Nierensteine, Röntgendiagnose, Schmidt 1231.
Nierentumor, Paul 1031.
Nierenzysten, solitäre, Harms 1231.
Noma, Rüsing u. Schulte 964.
*Nourneys Immunitätsbehandlung, Nourney 985.

Odolekzem, Jadassohn 1184.
Ödem, angioneurotisches, Philipps 717.
— bei Magenkrebs, Schierge 696.
— stabiles, Ledermann 850.
Orchitis, traumatische, Legueu 1167.
Orientbeule, vier Fälle, Smith 1075.
Ostitis fibrosa, Buschke 804.
Ovarium und Nebenniere, Beziehungen, Sserdjukoff 741.
Ozolagnie, Kiernan 1164.

Pachydermie nach Erysipel, Fuhs 1161
Papillomatosis (Blastomycosis?), Kiese 1204.
Paraffintechnik der Haut, Freudental 1052.
Parakeratosis variegata, Barber 785.

Digitized by Google

Parapsoriasis, de Aja 1046.
— Chipman 1028.
— Leukoderma bei, Zurhelle 1049.
— Pilokarpin bei, de Aja 1048.
— lichenoides und Hautatrophie, Pautrier 827.
Paraurethraler Bindegewebstumor, Schultze 1148.
Pediculi pubis an Kopf und Augen, Oppenheim 1157.
*— vestimentorum unterhalb eines Zehennagels, Braun 874.
Pediculosis der Zilien, Kumer 1119.
Pellagra, ätiologische Betrachtungen, Nicolas, Massia u. Dupasquier 901.
*— Ausbreitung vom Standpunkt des nordamerikanischen Arztes, Parrish 817.
— Behandlung mit Ergänzungsmahlzeit, Wheeler 961.
Pemphigoide Eruption bei Syringomyelie, Milian u. Lelong 936.
— Läsionen, Terpentin bei, de Aja 1046.
Pemphigus acutus, Lehre vom, Willecke 960.
— epidemicus, Trossarello 1120.
— foliaceus, Gray 785.
— — Pautrier u. Roederer 953.
— geheilt unter Abschlußverbänden, Reif 1140.
— pruriginosus, Planner 1117.
— vulgaris, neue Befunde bei, Gawalowski 988.
Penicillium, Hauterkrankung durch, Rebaudi u. Podestà 1249.
*Penis, Induratio plastica, Radiumbehandlung, Kumer 673.
Perinephritis bei Rindenabszeß der Niere, Necker 900.
Phalluskult, Stone 1071.
Phenolphthalein, Hautausschläge nach, Wise u. Abramowitz 1145.
— Urticaria, Corson u. Sidlick 957.
— Herpes nasalis nach, Rosenbloom 957.
Phimosenoperation, Dartigues u. Roucayrol 955.
Phthiriasis der hinteren Achselfalte, Milian 736.
Phthirius inguinalis, Anatomie, Burkhard 967.
*Phthirus inguinalis, Wirkung der Drüsenausscheidungen auf die menschlichen Blutzellen, Grusz 1105.
Pian, Fall von, Bory 736.
Pigment in Lymphdrüsen, Lignac 742.
— neue Untersuchungen, Bloch 827.
Pigmentflecken, Beseitigung, G. Kromayer 915.
Pigmentierung der Mundschleimhaut, physiologische, Bonnet u. Lebeuf 765.
Pistyan bei Hautkrankheiten, Neuwirth 1164.
Pityriasis rosea, Spinalflüssigkeit, Simon 1096.
— rubra pilaris, Eliascheff u. Zimmerlin 953.
— rubia pilaris, Rille 1203.
— — — mit Psoriasis, Hudelo, Boulanger-Pilet u. Cailliau 936.
— versicolor, Histologie, Meineri 1073.
Plasmazellentumor, O'Donovan 851.
Plastik des Gesichtes, Moure 736.
Pluriglanduläre Insuffizienz, Gawalowski 715.
Pocken, Diagnose an der Kaninchen-Kornea, Hoffmann 788.
— und Impfung, 788.
Pockenepidemie, Basler, Hunziger u. Reese 967.
Pocken s. auch Variola.
Poikiloderma atrophicans vasculare, Capelli 1123.
— — — Lane 1009.
Porokeratosis, Arndt 804, 850.
— Covisa 1047.
— Milian u. Lefèvre 934.
Porokeratosis, Wright 1007.
Präkankröse Affektion der Lippe, Anzilotti 963.
Pregl-Lösung, tödliche Embolie nach, Hohlbaum 940.
Priapismus, Cattaneo 1250.
Prostata, Semiologie, Pirondini 1167.
Prostatahypertrophie als Fehldiagnose, Düttmann 842.
— Behandlung, Porosz 1031.
— operative Behandlung, Jungnitz 1168.
Prostatektomie, Bekämpfung der Blutungen nach, Barnett 807.
— mediane, Oehler 1168.
— Verjüngung nach, Blum 1031.
Prostatismus, Chirurgie des, Rihmer 898.
Prostatitis acuta, Hydrotherapie bei, Derecq 1167.
Prostitution in Europa, Flexner 906.
— persönliche Prophylaxe zur Sanierung der, Habermann 844.
Proteintherapie, unspezifische, Mariani 1124.
Prurigo ferox, Ullmann 760.
— nodularis, Robert 736.
Pruritus anogenitalis, Winfield 1010.
Pruritus mit Lichenifikation, Sauphar u. Périn 736.
— vulvae, Behandlung, Rosenstrauss 844.
Pseudo-Alopecia areata, Davis 955.
Pseudoleukämie, Hautveränderungen, Lehner 693.
Pseudoxanthoma elasticum, Throne u. Goodman 1006, 1031.

Digitized by Google

Psoriasis vulgaris, Ätiologie, Bettmann 959.
— — behandelt nach Danysz, Semon 851.
— — Behandlung, Hübner 1189.
— — — Sutton 1010.
— — bei einem Kinde, Davis 852.
— — Blutstickstoff bei, Jamieson 1009.
*— — der Mundschleimhaut, Keller 917.
— — — Nägel, Oppenheim 1247.
— — Jodipin bei, Lucas 959.
— — mit Allgemeinerscheinungen, Kumer 1161.
— — — Dupuytrenscher Fingerkontraktur, Buschke 849.
— — mucosae oris, Jordan 784, 1227.
— — neue Röntgenbehandlung, Foerster 1010.
— — Problem der, Kilroy 1010.
— — rupioides, Smirnow 712.
— — und Eczema seborrhoicum, Sieben 719.
— — universalis, Röntgenstrahlen bei, Görl u. Voigt 719.
— — Wesen, Samberger 715.
*— — zur Behandlung, Hübner 724.
Purpura bei Tuberkulösen, experimentelle, Fischl 692.
— des Kindesalters, Nobécourt 956.
— fulminans, Dwyer 956.
— — nach Scharlach, McConnell u. Weaver 767.
Pyämid, Hammer 1140.
Pyelitis, Behandlung, Nonnenbruch 843.
Pyelographie, Kontrastmittel bei, Gastreich 898.
Pyodermia vegetans, Linser 1140.

Quarzlampe, neue Erfahrungen, Kromayer jr. 1209.
Quarzlichtbehandlung, Technik, Meyer 695.
Quecksilberchlorid und Trypaflavin, Aufnahme durch Bakterien und Körperzellen, Hahn u. Remy 913.
Quecksilbervergiftung nach Scheideneinlauf, Sexton 1252.
Quellungs- und Entquellungserscheinungen, Pulay 911.

Radiodermitis, de Aja 1046.
Radiologische Maximen, Skinner 806.
Radiothorium, Lazarus 938.
Radium, Dosierung, Chase 805.
Radiumbehandlung im höheren Alter, Thewlis 806.
Rattenbißkrankheit, Ätiologie, Fasiani 720.
Raupendermatitis 915.
Recklinghausensche Krankheit, Barber u. Shaw 853.
Recklinghausensche Krankheit, Roederer 853.
— — Fall, Behdjet 1036.
— — und innere Sekretion, Mallam 1095.
— — s. auch Neurinom, Neufibrom.
Reizblase, Eukupinöl bei, Schneider 842.
Reiztherapie, Beeinflussung der Haut, Arnold 914.
Reiztherapie, unspezifische, Freund 913.
Rektumkarzinom, juveniles, Siegert 963.
Rektumstriktur durch Mesothorium, Rattey 938.
Retentionen prostatischen Ursprungs, Legueu 841.
Rezepttaschenbuch für Dermatologen, Bruck 905.
Rhinoneoplastik, J. Joseph 939.
Rhinophyma, Operation, Segré 1124.
Rhinosklerom, Pardo-Castello u. Dominguez 1147.
— Röntgen und Radium bei, Mazzoni 1124.
Ringelhaare, Riecke 1091.
Rivanol bei Gonorrhoe und Pyodermien, Biberstein 1102.
— — lokalen Infektionen, Siebrecht u. Ujhelyi 914.
Röntgenbehandlung gewisser Hautkrankheiten, Goin 806.
— in der Dermatologie, Schreus 763.
— schwer zu behandelnder Hautkrankheiten, Lawrence 806.
— tiefe, Guilleminot 916.
Röntgengeschwür, Stümpke 1092.
Röntgenkrebs des Gesichts, Iwanow 784.
Röntgenschädigungen, Lick 695.
— Möller 916.
Röntgenstrahlen, biologische Wirkung, Holthusen 915.
Röntgen- und Radiumstrahlen in der Medizin, Newcomet 805.
Röntgenuntersuchung, Schutzvorrichtung bei, Tousey 805.
Röntgenveränderung des Genitale, Oppenheim 1247.
Rötungsskala, Freund u. Valenta 956.
*Roherdöl, neues Präparat, Ahlswede 845.
Rotz, akuter, Lessing 470.
Rückfallfieber, Spirochäten und Blut, Mayer 789.

Säuglingspflege, Krasemann 739.
Salpingitis und Epididymitis, Arsenobenzol bei, Mouradian 1141.
Samenblasen, Massage, Spencer 1045.
Samenblasentuberkulose, operative Behandlung, Hryntschak 900.
Samenstrang, Torsion, Barney 1029.
Sanarthrit, anaphylaktische Erscheinungen nach, Lasch 913.

Digitized by Google

Sarcoma idiopathicum Kaposi, Riva 1124.
Sarkoid, Savill 1162.
— Stümpke 1092.
— Takeya 903.
— Boecksches, Wirkung des Serums auf Tuberkulin, Martenstein 694.
— Darier, Arzt 1249.
— und Syphilis, Stillians 810.
Sarkoidähnliche Veränderungen nach Paraffininjektionen, Halberstädter 850.
Sarkom der Kopfhaut, multiples, Arndt 804.
— der Haut, de Aja.
— Radiumbehandlung, Aikins 806.
Sarkomatosis, Vollmer 693.
Sarkoptesräude beim Menschen, Macdonald 967.
Scabies bei Säuglingen, Heilmann 766.
— Katzen-, Dubreuilh u. Joulia 739.
— — Thibierge 739.
Scabies, norwegische, Gastou u. Tissot 735.
— s. auch Krätze.
Schanker, lymphogranulomatöser, Bory 736.
— phagedänischer, Röntgenbehandlung, Goosman 806.
— weicher, Übertragung durch Gesunde, de Aja 1046.
— weicher s. auch Ulcus molle.
Scharlach, Desquamationsprozeß in den Harnwegen, Gonnella 968.
— Hodenentzündung, Medi 767.
— im Puerperium, Thorp 968.
— in Zürich 1912—19, Rothpelz 767.
— Leukozyteneinschlüsse, Höppli 968.
— Saponinhämolyse, Tebbe 766.
— Wund-, durch Daumenlutschen, Bloch 767.
*Scharlachartige Erkrankung, Schweißporenveränderungen, Schoch 1169.
Scharlachkranke, Untersuchungen, Fränkel 767.
Scharlachprobleme, Kisskalt 766.
Schmerzempfindlichkeit, Beeinflussung durch Quarzlampenbestrahlung, Groeer u. v. Jasinski 916.
Schönheit, ihre Pflege durch ärztliche Kunst, Grosse 1099.
Schönheitsrezepte der römischen Kaiserinnen, Fiedler 907.
Schutzpockenimpfung in Bayern 1920, Groth 788.
Schweinerotlauf durch Kadaver, Esau 960.
Schweißdrüsenabszesse, Terpentin bei, Kuhle 719.
Schwellkörperverhärtung geheilt durch Röntgenstrahlen, Guarini 1077.
Sclerema neonatorum, Bourne 741.
Scrofuloderma, Arzt 1249.
Scrofuloderma nach Morphininjektion, Planner 1117.
— Selbstheilung, Jesionek 790.
Scrofulodermaartige Lues, Tannhauser 1140.
Sekretion, innere, Weil 905.
Sensibilisierung, spezifische, Dale 909.
Sexualdiktatur, gesetzgeberische, Spuhl 105.
Sexualpädagogik, zur, Mayr 952.
Sexuelle Entwicklung, Rutgers 860.
Siam, Hautkrankheiten in, Mendelson 1031.
Skarifikationsmesser, Dudley 915.
Sklerodaktylie, Sequeira 784.
Sklerodermie, Pernet 1163.
— Stühmer 1140.
*— Abderhaldensches, Dialysierverfahren bei, Kiess 863.
— anuläre, Kogel 962.
— bandartige, Pernet 851.
— des Gesichtes, Pernet 853.
— en plaques, Arzt 1119.
— — — Vedel, Giraud u. Boulet 938.
— — — mit Lues, Strassberg 761.
— fleckförmige, Veiel 1140.
— — Sequeira 852.
— mit Nebenniereninsuffizienz, Sequeira 954.
*— multiple kleinfleckige, Pick 1253.
— nach Trauma, Aronstam 807.
— partielle, Hügel 853.
— Röntgentherapie, Donath 7431.
— — Hauser 743.
— und Akromegalie, Müller 1141.
— zirkumskripte, Hellmann 1245.
Sodoku, Ätiologie, Fasiani 720.
*Soorerkrankungen der Haut, Alexander 1125.
Soormykose der Haut, Kumer 1227.
Sophrolprophylaxe, Martin 1101.
— Salomon 1102.
Spinalanästhesie, Lawrence 806.
Spindelhaare, Golay 1230.
— Rille 1203.
Spinnenbiß an der Glans, Woody 1148.
Spirobazilläre Symbiose, Salvarsan bei, Lombardo 1122.
Spondylitische Lähmungen, Glüheisen gegen, Wirth 991.
Sporotrichosis, Adamson 784.
— Nellans 966.
Sproßpilze und Fadenpilze in Hautschuppen, Weidman 1145.
Staphar und Terpichin bei Hautkrankheiten, Krebs 1210.
Staphylokokkeninfektion von Hautherden aus, Phemister 719.
Steinachsche Operation bei Senilität, Wolbarst 1192.
— — Erfolg, Michel 1029.

Digitized by Google

Steinkohlentcer in der Dermatologie, White 1028.
Sterilität des Mannes, Posner 1208.
— und Schilddrüseninsuffizienz, Vignes u. Cornil 961.
Stomatitis, rezidivierende, Gray 1163.
— ulcerosa, Quecksilber als Reizmittel bei, Köthe 764.
Streptokokkenangina, Elliot 964.
Streptokokken-Dermatosen, Chipman 1008.
Strichförmige Dermatose, Löwenfeld 1159.
Strikturen der Harnröhre, Ravogli 1165.
Sublimatniere, Klose 843.
Sulfobadin, Stümpke 915.
*Suprarenin, P. G. Unna 685.

Syphilis.

1. Allgemeines.

Abwehrmittel des Körpers gegen syphilitische Infektion, Bergel 829.
Allgemeinpraxis, Syphilis in der, D'Arcy Power 991.
— syphilitische Erkrankungen in der Mulzer 839.
Autosuperinfektion, syphilitische, de la Portilla 1047.
Grundformen der Syphilis, die beiden, Dercum 1032.
Hypothyreoidismus und Myxödem, Syphilis bei, Gordon 741.
Jucken bei Syphilis, Highman 1074.
Reinfectio syphilitica, Piccardi 1123.
— — Orphanides 1143.
— — Tommasi 1123.
— — 3 Fälle, Minassian 1076.
Syphilis nach fünf Jahren, 215 Fälle, Iroine 809.
— ohne Primäraffekt, Gougerot 1142.
*— — — Weiler 890.
— und Hautkrankheiten im Kindesalter, Atlas, Finkelstein, Galewsky u. Halberstaedter 904.
Reinfectio oder Reinduratio, Arzt 1219.
Trauma und Syphilis, Klauder 991.
— — — Tumpeer 812.
Übertragbarkeit der Syphilis im Latenzstadium, Feldman 991.

2. Ätiologie der Syphilis.

Spirochaete pallida, Fontana-Methode, Fuentes 1007.
— — Abwehrreaktionen der mit — infizierten Tiere, Brown u. Pearce 812.
Spirochäten der Syphilis, Pluralität, Fournier u. Schwartz 737.
*Spirochätenfunde an syphilisfreien Stellen, Frühwald 878.
Spirochätenfärbung, neue, Renč 1054.
Spirochätenuntersuchung nach Abheilung von Mundsyphilis, Scheele 1054.
Syphiliserreger, Untersuchungen, Oelze 858.

3. Experimentelle Syphilis.

Immunitätsstudien bei experimenteller Syphilis, Eberson 1007.
Kaninchenspirochaetose, venerische, Noguchi 813.
Kaninchensyphilis, Frühwald 1207.
— Schereschewsky u. Worms 1071.
— Quecksilberversuche bei, Frei 1208.
Kaninchentreponemose, Klarenbeek 812.
Spirochaete des Kaninchens, Klarenbeek 1054.

4. Serologie der Syphilis; Liquor.

Ausflockung, Serodiagnose durch, Bruck 1055.
Ausflockungsverfahren, Rubinstein 1096.
Benzoeharzreaktion, kolloidale, Dible 909.
Cholesteringehalt der Antigene bei der WR, Frank 814.
Doldsche Präzipitinreaktion, Dzinban 1095.
Eiweißgehalt im Liquor, Vermehrung, Behncke 909.
Extraktlipoide, Verhalten bei den Flokkungsreaktionen, Niederhoff 816.
Flockungs- und Trübungsreaktionen, Meinicke 815.
Flockungsreaktion, Grundlagen einer neuen, Hecht 694.
— von Dold, Pöhlmann 816.
Globulingehalt des Serums, Birscher u. McFarland 1144.
*Goldhydrosole und Goldsolreaktion, Prosch 1085.
Goldsolreaktion, Methodik und Wert, Grütz 1053.
Hechtsche Kutanreaktion und Tuberkulinprobe bei Lues und Dermatosen, Gutmann 693.
Komplement, Diffusion, Kabelik 988.
*— hämolytisches, v. Landmann 1134.
— Reaktivierung, Chatellier 855.
Liquor bei einzelnen luetischen Manifestationen, Arzt u. Fuhs 692.
— — Frühsyphilis, Wolf 1055.
— Kurventypen der Goldausflockung des, Arzt u. Fuhs 692.
— Trennungen der Reaktionen, Cestan u. Riser 902.
Liquorbefunde bei Früh- und Spätsyphilis, 1064 Fälle, Fordyce u. Rosen 814.
Liquorströmung und Homogenität des Liquor cerebrospinalis, Walther 816.

Digitized by Google

*Normomastixreaktion im Liquor, gefärbte, Benedek 880.
Präzipitationsreaktion, Porcelli 1123.
Reaktionen von v. Dungern und von Gaté und Papacosta, Attilio 828.
Rückenmarksflüssigkeit, Einheitlichkeit in den verschiedenen Bezirken, Schönfeld 1052.
Sachs-Georgi-Reaktion, biologische Untersuchungen, Nicolau u. Bancin 1072.
— — — Erfahrungen, Parthasarathy, P., Barratt, Mary M. u. Ledingham, J. C. G. 1077.
SG und Luesdiagnostik, Wolff 815.
— — Meinicke-Reaktion, antikomplementäre Fähigkeit der Flocken, Luigi 816.
Sachs-Georgi-Meinicke-Reaktion, einzeitige, Stern 814.
Schwangere und Gebärende, Unzuverlässigkeit der Serumuntersuchung auf Syphilis, Stühmer u. Dreyer 1056.
Serologische Kurve, Lacapère u. Gerbay 937.
Seronegative Syphilis, Salvarsan bei, Tzanck, A. u. Dohen 737.
Trübungsflockungsreaktion, weitere Vereinfachung meiner, Dold 816.
Trübungsreaktion, neue, Meinicke 815.
— Vereinfachung, Dold 1055.
Vernes-Reaktion, Cornwall 1146.
Wassermann-Festzustand in der Syphilisbehandlung, Vermeidung, McNeil 813.
Wassermannsche Reaktion, Anweisungen für die, Hearn 807.
— — Bedeutung der Negativität,, Tsuji 903.
— — bei Kindern, de Villa u. Ronchi 815.
— — bei Kranken ohne Syphilisverdacht, Kilduffe 1144.
— — chemisch-serologische Ersatzreaktionen der, de Villa u. Ronchi 828.
— — Deutung, Wallenstein 1055.
— — Einfluß typhöser Infektion, Mestschewsky 1072.
— — Erklärung der, McDonagh 851.
— — für den Praktiker ohne Nutzen. Schwers 1142.
— — Kaupsche Methode und SGR bei Primäraffekten, Gross 894.
— — — Modifikation, Langer 1056.
— — — — Levy-Lenz 1056.
— — klinische Bedeutung, Strickler 1055.
*— — neue Ansichten über die Bewertung, Rebaudi u. Sivosi 697.
— — und Kokzidiose beim Kaninchen, Marcuse 828.
— — staatliche Bestimmung zur, Baumgärtel 716.
Wassermannsche Reaktion und ihre klinische Verwertbarkeit, Boas 858.
— — Verfahren zur Komplementkonservierung, Klein 828.
— — Verhalten der ausgewerteten — bei zeitweise unbehandelter Syphilis, Spiethoff 813.
— — Wirkungsart, McDonagh 786.
— — SG und DM in Malarialändern, Heinemann 814.
Zerebrospinalflüssigkeit, normaler Gehalt an Leukozyten, Leredde, Rubin- u. Drouet 854.

5. Syphilis der Haut und der Schleimhäute.

Atrophie der Haut, syphilitische, Chevallier u. Joannou 935.
Gumma bei einem Tabiker, Perutz 1245.
— traumatisch ausgelöst, Randak 761.
Gummen, Erythema multiforme imitierend, Caldarola 1124.
Gummöses Geschwür des Unterschenkels, Murero 1123.
Hautinfiltrate bei sekundärer Lues, diffuse, Šavnik 713.
Hautsyphilis, Martinotti 1120.
— Statistik, Bagnoli 1122.
Keloid bei Syphilis, Lipskerow 712.
Leucoderma syphiliticum, Bagnoli 1123.
*— — zu Freymanns Aufsatz über, Ehrmann 721.
Lichen syphiliticus, Brünauer 1116.
Lider, gummöse Syphilis der, Pereyra 1250.
Männliches Genitale, Primäraffekt, Statistik, Kirschbaum 1010.
Mutilierende Syphilis, Bortnjaeff 784.
Penis, tertiärsyphilitische Zerstörung, Goodman 807.
Primäraffekt bei einem Manne ohne Penis, Oelze 1204.
Rezidivexanthem nach überstarker Herxheimer-Reaktion, Oppenheim 759.
Rezidivexantheme unter Salvarsan-Hg-Behandlung, Theorie ihrer Entstehung, Menze 809.
Seborrhoisches Syphilid, Reif 1141.
Sekundäre Syphilis, hartnäckige, Davis 852.
— — neun Jahre nach dem Schanker, Bory 736.
Syphilis maligna mit Ikterus, Kerber 1141.
— — praecox, atypische, Leri, Tzanck u. Weismann-Netter 935.
— Fälle primärer und sekundärer, Stümpke 1093.
Syphilome, fibroide, der Ellbogen und Knie, Fox 1144.

Digitized by Google

Tertiäres Syphilid auf Lupus vulgaris, Ledermann 690.
Tertiäre Syphilis, Bernucci 1250.

6. Extragenitale Syphilisinfektion.

*Augenbraue und Unterlippe, Primäraffekt an, Greif 895.
Augenlid, Primäraffekt, Deyl 1095.
Genitaler und extragenitaler Primäraffekt, Hofmann 758.
Gesäß, Primäraffekt, Buschke 850.
Hinterkopf, Primäraffekt, Stümpke 1092.
Kopf, Primäraffekt am behaarten, Nardi 762.
Lippe, Schanker und Krebs der, Goubeau 855, 934.
Nabel, Primäraffekt, Buschke 804.
Nase, Primäraffekt, Ramognini 1076.
Naseneingang, Primäraffekt, Jaenicke 810.
Ohrmuschel, Primäraffekt, Morini 1120.
Tonsillarsklerose, Friedmann 760.
— diphtheroide, Spillmann 1143.
Tonsille, Primäraffekt an der, Dollereder 992.
Ungewöhnlich lokalisierte Primäraffekte, Müller 1011.
Unterlippe, Sklerosenrest, Randak 761.

7. Syphilis des Bewegungsapparates.

Arthropathie, tertiäre, Tarchini 1124.
Hydrarthrose, präroseoläre, Montpelier u. Lacroix 1211.
Knochensyphilis, Radioskopie, Pasini u. Vigano 1123.
Myositis syphilitica, Tannhauser 1140.
Myositis des Geniohyoideus, tertiäre, Hudelo u. Boulanger 735.
Schädelsyphilis, Capelli 1123.
— bei Tabes, Kleeberg 805.

8. Syphilis des Nervensystems und der Sinnesorgane.

Auge und Sehbahn, Syphilis an, Igersheimer 1210.
Augensymptom bei Syphilis, Seay 1045.
Cerebellum, Syphilis des, Bejarano 1046.
Encephalitis und Myelitis bei Syphilis, Werther 1011.
Fazialislähmung bei Sekundärsyphilis, Lehner u. Vajda 1050.
Hemiplegie, syphilitische, Funel 1142.
— — klinische Studie, Silvestre 1142.
Keratitis parenchymatosa, antisyphilitische Behandlung, Langendorff 811.
Nervensyphilis behandelt nach Sicard, Mouradian 1142.
— bei negativem Liquor, Solomon u. Klauder 813.
Nervensyphilis, Diagnose, Pardee 1011.
— Erkennung im Frühstadium, Fordyce 1011.
— mit Kehlkopfkrise, Leitch 1012.
Paralytiker, sekundäre Syphilis bei einem, Mestschersky 1230.
Sehorgan, Syphilis am, Krückmann 1210.
Syphilis cerebrospinalis, Lehmann 1012.
Tabes, Magengeschwür bei, Crohn 811.
Tabes, Reichmannscher Symptomenkomplex, Regensburger 1032.
— Sehnervenatrophie, Arsen-Quecksilber bei, Balinä 935.
— und tertiäre Hautsyphilis, Beeson 1032.
— Wirbelsäulenfraktur, Sperling 1032.
Tabiker, Gumma bei einem, Perutz 1245.
Zentralnervensystem, Präventivbehandlung syphilitischer Erkrankungen, Pellacini 1077.
Zerebrale Lues geheilt durch Novarsenobenzol, Mouradian 1142.
— — unstillbares Erbrechen bei, Hodges 811.
Zerebrospinale Syphilis, Stümpke 1093.

9. Syphilis der inneren Organe, der Brustdrüse und der Lymphdrüsen.

Anorectales Syphilom, Piccardi u. Alesio 1123.
Arterien, Syphilis der mittleren und kleinen, Warthin 810.
*Bilirubinämie, luetische, Kloeppel 1065.
Bubon d'emblée mit Spirochäten, Chatellier 1073.
Bubo, zentral nekrotisierender, Unterkirchner 1116.
Drüsenpunktion bei Diagnose der Lues, Sedlák 988.
Gastrointestinale banale Erkrankungen durch Syphilis, Pathault 738.
Gumma hepatis et lienis, Oppenheim 759.
Hepatitis, tertiäre fieberhafte, Cade 811.
Herzsyphilis, Nanta u. Gadenat 1072.
Leberatrophie, subakute, Langer 819.
Lebersyphilis, für Echinococcus gehalten, Simon u. Renty 735.
Lungenlues, Buschke 850.
Magen, Syphilis des, Galloway 810.
Parotitis, syphilitische, Sklarz 690.
Phlebitis hepatica syphilitica, Salvarsantod, Hart 1012.

10. Syphilis des Urogenitalapparates.

Elephantiasis der Schamlippen, Gravagna 1051.
Nebenhoden, Syphilis des, Fraser 1094.

Digitized by Google

Prostata, frische Syphilis, Mc Donagh 811.
Syphilis und Gebärmutterkrebs, Audry u. Suquet 1229.
— — Gonorrhoe der Urethra gleichzeitig, Piccardi 1123.
Vagina und Vaginalportion, sekundäre und tertiäre Syphilis, Roth 1011.

11. Vererbung der Syphilis; Syphilis und Ehe.

Behandlung der Syphilis, Fordyce u. Rosen 1073.
— — angeborenen Lues, Müller 1210.
— — — — v. Zumbusch 1210.
— — — Syphilis vor der Geburt, Adams 1077.
Ehe und Syphilis, Jordan 712.
Generationen, Syphilis in vier, Audrain 935.
Hutchinsonsche Zähne, Kraupa 992.
— — Wilczewski 992.
Knochengelenksläsionen bei hereditärer Lues, Tommasi 1123.
Knochen- und Gelenkveränderungen bei kongenitaler Syphilis, Litchfield u. Foote 812.
Kongenitale Syphilis, Marshall u. Lillington 809.
Meningitis gummosa bei einem Neugeborenen, Eliassow 811.
Mutter und Kind, Syphilisbehandlung bei, Stokes 1028.
Quecksilber intern bei angeborener Syphilis, Rille 1210.
Sekundäre Syphilis bei einem kongenital Syphilitischen, Roederer u. Camus 826.
Skelettsystem bei Säuglingssyphilis, Thoenes 810.
Syphilis hereditaria tarda und Lupus, Diagnose, Protmann 992.
Viszerale Veränderungen bei kongenitaler Syphilis, Fraser 812.
Zahnhypoplasien und Syphilis congenita, Zinsser 812.
Zahnwachstumstörungen, kongenital-luetisches Kind, Langer 849.
Zöglinge, kongenitale Syphilis bei, Lawrence 992.
Zwischenkiefer bei kongenitaler Syphilis, Buschke 849.
— — — — Nicolas, Massia u. Dupasquier 952.

12. Allgemeine Therapie und Prophylaxe der Syphilis.

Abortivkur der Syphilis, Martinotti 1120.
Abortivkuren bei Syphilis, gegenwärtiger Stand, Levi 828.
Dauerbehandlung der Syphilis, de Aja 1046.
Frühsyphilis, Behandlung, Smith 1027.
Heilung der Syphilis, Nachweis, Mibelli 1121.
Präventivbehandlung der Syphilis, Nicolau 1143.
Syphilis, Behandlung der frischen, v. Zumbusch 828.
— Bekämpfung der, Fick 952.
Syphilisbehandlung, Salomon 1189.
Syphilisverhütung und Säuglings- und Ammensyphilis, Zieler 991.
Unspezifischer Heilfaktor in der Syphilistherapie, Kyrle 1048.

13. Quecksilberbehandlung der Syphilis.

Angina, merkurielle, Almkvist 715.
Calomel, Dermatitis nach — intern, Gottron 804.
Cyarsal s. Salvarsanbehandlung.
Depots in der Gesäßgegend, metallische, Röntgenbild, Simon 1096.
Einreibung mit Quecksilber, saubere, Cole, Gericke u. Sollmann 829.
Graues Öl, Todesfall, Muelledes 1048.
Hepatitis nach Cyanquecksilber, Nanta 1073.
Kalium-Jodquecksilber bei Syphilis, Lucchetti 1122.
Merkurialstomatitis, Hellwig 1080.
Merlusan bei Syphilis und Gonorrhoe, Schweden 1097.
Quecksilber, ist — ein symptomatisches Heilmittel, Heller 1080.
— Wirkungsweise, Buschke u. Sklarz 1185.
— worauf beruht die spezifische Wirkung, Schumacher 803.
Quecksilberexantheme, Wolff 829.
Quecksilberinhalationen bei Syphilis, Cole, Gericke u. Sollmann 1074.
Schmierseife zur Verbesserung der Syphilisbehandlung, Hübner 831.

14. Salvarsanbehandlung (einschl. kombinierte Salvarsanbehandlung) der Syphilis.

Afenil gegen Salvarsanschäden, Stümpke 1092.
Altsalvarsan, Syphilisbehandlung ausschließlich mit, Krefting 1049.
Amino-Arsenophenol bei Syphilis, Jeanselme, Pomaret u. Bloch 937.
— — 132 bei Syphilis, Lépinay 1097.
Anämie nach Neosalvarsan, aplastische, Feinberg 1079.
Anaphylaxie bei Salvarsan, de Aja 1048.

Digitized by Google

Arsen, Wirkung auf die Leber, Ullmann 1188.
Arsenausscheidung nach Salvarsanbehandlung, Underhill u. Davis 1074.
Arsenikterus, Chamberlain 852.
Arsenpräparat, neues, Jeanselme u. Pomaret 1030.
Arsentherapie, Grenzen, Lehnhoff 1211.
Bilirubingehalt des Blutserums nach Salvarsan, Wechselmann u. Hohorst 694.
Blutungen nach Silbersalvarsan, Baer 1141.
Calcium bromatum gegen Neosalvarsanintoxikation, Kenedy 1079.
Cyarsal, zur Frage, Nagel 1078.
Dermatitis exfoliativa nach Neoarsphenamin, Beeson 1029.
Diagnostische Salvarsaneinspritzung, ist die — berechtigt, Oelze 810.
*Einzeitige Behandlungsmethode der Lues, Krug 1025.
Endovenöse Behandlung der Syphilis, de Aja 1047.
Erythrodermia exfoliativa nach Neosalvarsan, Oppenheim 760.
Exanthem durch Salvarsan, de Aja 1046.
— — — Riecke 1189.
— — — de Aja 1047.
— fixe und allgemeine urtikarielle — nach Salvarsan und Quecksilber, Gutmann 838.
*Fieber nach der ersten Salvarsaninjektion, darf — für Diagnose Lues verwertet werden? Gutmann 731.
Gluco 914 bei Lues, Měska 989.
Herzkranke, Salvarsan-Novasurol für, Winkler 1078.
Ikterus nach Salvarsan, Chamberlain 1079.
Keratosis follicularis nach Salvarsanexanthem, Bruhns 805.
*Lichenoide Salvarsanexantheme, Wirz 1213.
*Lichen-planus-ähnliche Exantheme bei Salvarsankuren, Wirz 745.
*Lichen planus oder Salvarsanexanthem, Marenbach 1233.
*Linser-Mischung, Anteil des Quecksilbers, Brandt 775.
Linsersche Methode, Wert, Eicke u. Rose 830.
Mischspritze mit kolloidalem Quecksilber, Kollmann 1190.
Neosalvarsan, angioneurotischer Symptomenkomplex, Zinsser 830.
— giftige Serien, Nardelli 1077.
— Hilfsapparat zur Dosierung, Gaal 1077.
Neosalvarsan- und Luetintherapie bei maligner Lues, Müller u. Planner 830.
Neosalvarsan, Vergleich verschiedener Präparate, Dale u. White 1078.
— Verschlechterung, Roth 1079.
*Neosilbersalvarsan, Peyri-Rocamora 836.
— klinische Erfahrungen, Sternthal 1078.
— und Novasurol, einzeitig, Krebs 830.
*— — — in Mischspritze, Biederstedt 754.
Neosilbersalvarsannatrium, Dub 830.
Nitritoide Krise, Juster 937.
— Krisen infolge Fabrikationsmängel, di Napoli 831.
Novarsenobenzol, toxische Serien, Dubreuilh 739.
— Sumpffieberprovokation durch, Milian 1141.
— toxische Serie, Lepinay 1142.
*Purpura, Hämaturie und letale Lungenblutung nach Neosalvarsanbehandlung, Callomon 1197.
— nach Arsenobenzolbehandlung, Lespinne, Wydooghe u. Ferond 1211.
Refraktometrische Studien bei Arsphenaminbehandlung, Tokuda 1008.
Salvarsan, antikoagulierende Eigenschaften, Flandin u. Tzanck 736.
— bei chirurgischen Eingriffen in septischen Wunden, Geyer 1080.
— Dermatitis, Heyn 1079.
— — Kumer 1118.
— — Silbermann 712.
— — Histologie, Barmeyer 1078.
— — mit Nagelveränderungen, Kumer 1248.
— — — Schädigung der Hornhaut, Kumer 1248.
— Einfluß auf Blutgerinnung, Trost 857.
— und Quecksilber, Betrachtungen eines alten Praktikers, Kromayer 1080.
Salvarsanbehandlung, Kiefer 1045.
— ausschließliche, Krefting 1229.
*Salvarsan-Cyarsal-Mischspritze in ambulanter Behandlung, Stangenberg 822.
Salvarsan-Embarin und Salvarsan-Cyarsal, einzeitig, Klipstein 830.
Salvarsanexanthem, Gottron 804.
Salvarsan-Hirntod, Henneberg 831.
Salvarsanikterus, Favento 1120.
Salvarsan-Novasurol, Technik, Bab 1078.
Salvarsanresistente Syphilis, Siemens 829.
Salvarsanstatistik, zur Kölner, Hofmann u. Mergelsberg 1050.
— — — Zinsser u. Meirowsky 1050.
Salvarsantherapie, modifizierte, Pulay 830.
Silber-Arsphenamin, Fordyce 1027.
Silberarsphenamin, de Medina 1145.

Digitized by Google

Silbersalvarsan, Bogdanow 713.
— Erfahrungen, Parounagian 830.
— und Neojakol, Scomazzoni 1122.
— — Sulfoxylat, Mariani 1122.
— verglichen mit Alt- und Neosalvarsan, Strauss, Sidlick, Mallass u. Crawford 1078.
— Wirkung auf die Niere, Sidlick u. Mallas 1078.
Spirillenfieber als diagnostisches Hilfsmittel, Klebe 810.
Suprarenin gegen Neosalvarsannebenwirkungen, Eichelbaum 1080.
Syphilid nach Salvarsankur, großpapulöses, Buschke 804.
— — — — Heyn 804.
Tod nach Salvarsan-Hg-Behandlung, Vill 829.
Todesfälle bei durch Salvarsan provozierter Malaria, Sklarz 804.
Urin, Ausscheidung von Salvarsan im, Beeson u. Albrecht 1074.

15. Wismutbehandlung der Syphilis.

*Bismogenol, Wismutinjektionen mit, Deselaers 949.
Jodwismutsaures Chinin bei Syphilis maligna, Azoulay 935.
Trepol, Brytschew 712.
— Truffi 1122.
*Trepol bei Syphilis, Lehner u. Radnai 1041.
Wismut, Behandlung der Syphilis, Ducrey 1100.
— Behandlung mit, Ducrey 831.
— bei Syphilis maligna, Tzanck 1097.
— geheilter Fall von Arsen- und Quecksilberfestigkeit, Guibert 1072.
— Versuche mit, Lévy-Bing, Gerbay u. Philippeau 1143.
— weinsteinsaures — bei Syphilis, Jeanselme, Chevallier, Pomaret, Blamoutier u. Joannou 854.
— — — Syphilis, Nicolas, Massia u. Gaté 952.
Wismut-Arsenbehandlung der Syphilis, Sézary u. Pomaret 1080.
Wismutpräparat, Lacapère u. Galliot 1096.
Wismutpräparate bei Syphilis, klinische Beobachtungen, Pasini 1076.
Wismutsalze bei Syphilis, de Bella 1076.
— — — Fournier u. Guénot 737.
Wismut-Stomatitis, Milian u. Perrin 854.
Wismuttartrat bei Syphilis, Define 1077.

16. Sonstige Heilmittel bei Syphilis.

Gaumen, Plastik wegen Perforation, Lemaître u. Aubin 738.
Hydrotherapie der Syphilis, de Aja 1047.
Luetinbehandlung tertiärer Syphilis, Planner 1117.
Mirion bei Syphilis, Mras 1050.
Nasenprothesen, Iwanow 784.

Syphilisähnliche ulzerös-hypertrophische Läsionen der Vulva, Pinard 935.
Syringozystadenom, zwei Fälle, Rille 1203.

Talgdrüsennävus, Galewsky 1186.
Technik, dermatologische, Joseph 912.
Teerakne, O'Donovan 1163.
Teerkarzinom, Fischl 1159.
*— Histogenese, Bierich 1081.
Teerpräparate, neue, Born 1049.
*Telangiektasien, Beseitigung mit Spitzbrenner, Wirz 793.
— essentielle, Fuchs 713.
Telangiektasie, essentielle herdförmige, Arndt 804.
Tellurverbindungen in der Urologie, Joachimoglu 827.
Terpichin bei Erkrankungen der Harnorgane, Karo 898.
Thallium, Alopezie bei Ratten durch, Buschke u. Peiser 680.
— biologische Wirkung, Buschke u. Peiser 1181.
Thiargol, Novak 988.
Tinea cruris, Kendall 807.
Tränendrüse, Verödung durch Röntgenstrahlen, Brandt u. Fränkel 694.
Transplantation, Schulze 911.
— Thierschsche, bei frischen Verletzungen, Petersen 958.
Traubenzuckerinjektionen, Scholtz 838.
Trichophytide, Ress 966.
— Pathogenese, Jessner 714.
Trichophytie der Hände und Füße, Mitchell 1144.
— — Nägel, Bernstein 1141.
— — — Heller 850.
— — — Semon.
— Allgemeininfektion, Arzt u. Fuhs 713.
— des Bartes mit Lugolscher Lösung geheilt, Ravaut u. Boulin 901.
— — Kopfes beim Erwachsenen, Rivalier 936.
— hämatogene Infektion, Bruusgaard 954.
— Hautfistel bei, Nicolas, Pont u. Gaté 966.
— Kienböck-Adamsonsche Methode, Murero 1123.
— Lugolsche Lösung endovenös bei, Maderna 966.
— schwer diagnostizierbare, Gravagna 857.
Trichophytienährböden, Weidmann und Mc Millan 1007.

Digitized by Google

Trichophytine, experimentelle Untersuchungen, Markert 765.
Trichophyton violaceum, familiäre Erkrankung durch, Ganzoni 966.
Trichotillomanie bei Fadenwürmererkrankung, Semon 965.
Trombidiasis, Toomey 1071.
Trophische Gewebsveränderungen, Nervenlähmung und Nervenreizung, Brüning 962.
Trypaflavin bei Diphtherie, Reinhardt 718.
— bei Mund- und Rachenkrankheiten, Meier 764.
Trypanosomenheilmittel, neues, Mayer, Zeiss, Giemsa u. Halberkann 912.
Tuberkel, zur Kenntnis des, Heiberg 791.
Tuberkelbazillen auf Eidotternährboden, Boecker 808.
— Färbung, Bender 808.
— in der Rückenmarksflüssigkeit, Sheo-Nan-Cheer 909.
— Wirkung abgetöteter, Selter 792.
— — — Selter 808.
Tuberkulid, papulonekrotisches, Delbanco 1206.
— — Tannhauser 1140.
— — halbseitiges, Kleeberg 805.
Tuberkulide am Fuß, Chevallier u. Blamoutier 854.
*— Quecksilber-Arsenpräparate, Sellei u. Liebner 1108.
Tuberkulin, Kochsches und Morosches diagnostisches, Zuverlässigkeit, Meyer 791.
Tuberkuline, diagnostische, Diehl 791.
— und Kaltblütervakzine, Hübschmann 785, 987.
Tuberkulinprobe bei Dermatosen und Lues, Gutmann 693.
— Vereinfachung, Brandes 791.
Tuberkulinreaktion, kutane, Hübschmann 989.
Tuberkulöse Allergie, Selter 990.
— — Zieler 990.
Tuberkulöses Geschwür der Vulva und Blase, Gravagna 844.
Tuberkulose bei Meerschweinchen, Immunitätsverhältnisse, Selter 808.
— Chelonin bei, Haberland 990.
— chirurgische, konservative oder operative Behandlung, Koennecke 991.
— der Haut, Brünauer 1116.
— — — Wise u. Satenstein 1009.
— — — im Kindesalter, Lutz 790.
— — — nach Katzenbiß, Davis 852.
— — — spezifische Therapie, Wichmann 855.
— — — Knochen und Gelenke, Scheffer, Rietmann u. Lix 826.
Tuberkulose der Nase, Therapie, Stupka 789.
— — Tränendrüse, Stenzler 990.
— — Zunge, papillomatöse, Lévy-Franckel u. Blamoutier 735.
— Goldbehandlung, Levy 807.
— kolliquative, Überschaer 691.
— — atypische, Arzt u. Kumer 713.
— miliare des Pharynx, Krüger 1114.
— — Statistisches, Hartwich 808.
— Partialantigene bei, Fried 714.
Tubulöse Hautgeschwülste, Kreibich 1052.

Übungssonden zur Einführung von Zystoskopen und Urethroskopen, Oelze 1097.
Ulcus cruris, Gummischwamm bei, Veiel 1141.
— gangraenosum, Bruhns 804.
— molle der Zunge, Martini 1100.
— — und seine Behandlung, Bruck 1100.
— — s. auch Schanker, weicher.
— phagedaenicum, Fischl u. Kirschner 1162.
— rodens, Little 1162.
— — Pernet 1163.
— — Sequeira 852.
*Ulcus vulvae acutum und Scheidenbazillen, Oelze-Rheinboldt 941.
— — simplex, Galewsky 1186.
Ulerythema ophryogenes, Galewsky 1187.
Ultraviolettes Licht, Verhalten von Keimen auf der Haut gegen, Schmidt 915.
Ulzerationen am weiblichen Genitale, Planner u. Remenowsky 1228.
Unguis incarnatus, Breda 1124.
Unspezifische Stoffe, Intrakutanreaktion, Arnold 913.
Unterlippe, Behandlung maligner Geschwülste, Weed 1045.
Urachuszyste, Edington 1104.
Uraninprobe, Roedelius 900.
Ureter, Stein im, Erdmann 1029.
Urethra, Divertikel im Orificium, Young 1029.
Urethroskopie, Wert, Smith 1030.
Urin s. Harn.
Urogenitalapparat, Stammvakzinen bei Infektionen am, Dagnault 1029.
Urogenitalsystem, zwei seltene Befunde des männlichen, Brack 841.
Urologie, kleine, Goldberg 1164.
Urologische Diagnose durch Zystoskopie und Röntgenstrahlen, Hein u. Marchildon 806.
— Technik, Anregungen, Wolbarst 1030.
Urotropin bei pyogener Infektion, Buzello 720.

Digitized by Google

Urticaria nach Phenolphthalein, Corson u. Sidlick 957.
— — Salvarsan, Polland 1161.
— Pathogenese, Török, Lehner u. Kenedy 858.
— perstans, Fischer 691.
— pigmentosa, Jimeno 1047.
— — Fr. Veiel 1140.
— recidivans, Krüger 1115.
— — Oppenheim 1246.
— Sprudelinfusion bei, Löw 1182.
— Riesenstreptokokkenvakzine bei, Armstrong 956.
— zur Klinik der, Hahn u. Kraupa 714.
Urtikariaähnliche halbseitige Affektion, Kren 1245.

Vaginitis, krupöse, Hofbauer 1232.
Vakzine an der Lippe, Schalek 788.
— Wirkungsweise, Lange 914.
Variola und Vakzine, spezifische Zellveränderungen, Gins 788.
— s. auch Pocken.
Variolois, Kombination mit Lues, Hillenberg 787.
Varizellen, Herpes zoster nach, Lampe 717.
Varizen, Injektionen von Hg bijodatum, Montpellier u. Lacroix 737.
Varizenbehandlung, Lotheissen 940.
Vegetierende Dermatose, Kleinpustulöse, Fischl 858.
Vena cava inferior, Zerreißung, Rosenstein 1098.
Venerologische Erfahrungen der Neuseelandstreitkräfte in Frankreich, Rout 859.
— Technik, Joseph 991.
Vereisung bei Staphylokokkeninfektionen, Beckenheimer 958.
Vererbung, Ehe und Krankheit, Klein 906.
*— und Krankheit, Leven 709.
Verhornungsprozeß, Störungen bei den hauptsächlichsten Hautkrankheiten, Martinotti 761.
Verweilkatheter, Legueu 841.
Vitamine, Frage der, Rothlin 740.
Vitiligo durch Gemütserregung, Queyrat 935.
Vitiligo, Erythema solare auf, Porias 1246.
— um einen Nävus, Montpellier 935.
— und Neurodermitis, Sachs 1159.
— und Syphilis, Burnier 1251.
— — — Hopf 1011.

Warzen, Radium bei, Young 806.
— Salvarsan bei, Siemens 857.
Wassermannsche Reaktion bei Tuberkulose der Kinder, Rüscher 791.
Würzburg, neue dermatologische Klinik 1252.
Wundantisepsis, praktische Ergebnisse, v. Gaza 911.
Wundantiseptika im Tierexperiment, Braun 912.
Wunddesinfektion, experimentelle, Schiemann 717.
Wunddiphtherie, Hilgenreiner 959.
Wunden, Carrel-Dakin-Behandlung, Schlaepfer 718.

Xanthom, diabetisches, Murray 962.
— multiples, Schmidt 1140.
— zur Kenntnis, Siemens 692.
— und Hypercholesterinämie, Rosenthal u. Braunisch 743.

Zahnfleischaffektionen, Hauterkrankungen durch, Semon 964.
Zellkern als Virusträger, Lipschütz 958.
Zervixerkrankungen, Zelluloidkapseln bei, Pust 841.
Zinkoxydvergiftung, Turner 915.
Zirkumzision, Volkskundliches, Kiernan 1071.
Zyste der Unterlippe, Pranter 1159.
— durch Einsenkungen der Haut, Tagasuhi 693.
Zystektomie, Delfino 899.
Zystoradioskopie, Eisenstädter 901.
*Zysto-Urethroskop, Greenbergsches, Oelze 987.
Zystoskop, Fälle diagnostiziert durch das, Meltzer 1030.
Zystoskopische Technik, einiges über, Parmenter 1030.
Zystoskopischer Atlas, Wossidlo 904.
*— — Neuwirth 751.

Digitized by Google

Namenverzeichnis.

* bedeutet Originalarbeit.

Abramowitz, E. W. s. Wise.
Adams, John, Behandlung der kongenitalen Syphilis von der Geburt, 1077.
Adamson, H. G., Fall zur Diagnose, 852.
— — — Sporotrichosis 784.
— H. S., Melanotisches Karzinom 1163.
Adler, O. u. Wiechowski, W., Melaninsäuren im Tierkörper 742.
*Ahlswede, E., Neues Präparat aus Roherdöl 845.
— Eduard, Physikalischer Wert der Lichtquelle bei Lichtbehandlung 807.
Aja, Sainz de, Anaphylaxie bei Salvarsan 1048.
— — — Dauerbehandlung der Syphilis 1046.
— — — Endovenöse Behandlung der Syphilis 1047.
— — — Exantheme nach Salvarsan 1047.
— — — Hydrotherapie der Syphilis 1047.
— — — Keloidakne 1046.
— — — Parapsoriasis 1046.
— — — Pilokarpin bei Parapsoriasis 1048.
— — — Radiodermitis 1046.
— — — Salvarsanexanthem 1046.
— — — Sarkome 1047.
— — — Terpentin bei pemphigoiden Läsionen 1046.
— — — Übertragung des weichen Schankers durch Gesunde 1046.
— — — Venerisches Granulom 1046.
Aikins, W. H. B., Radium bei Sarkom 806.
Albert 1188.
Albrecht, P. G., s. Beerson.
Alesio s. Piccardi.
*Alexander, Arthur, Soorerkrankungen der Haut 1125.
Almkvist, Johan, Merkurielle Angina 715.
Ammann, Robert, Diphtheriebazillenträger 718.
— — Hirschhornsalz bei Erythema nodosum 957.
Amstad, Ernst, Heliotherapie 695.
Anzilotti, Giulio, Präkankröse Affektion 963.
Apel, Behandlung des schwachen Haarwuchses nach Zuntz 765.
Armstrong, W. E. M., Streptokokkenvakzine bei Urticaria 956.
Arndt, Follikulärzysten 804.
— Granuloma anulare 850.
— halbseitige systematisierte Dariersche Krankheit 804.
— Herdförmige essentielle Telangiektasien 804.
— Lichen ruber acuminatus 850.
— Multiple Sarkome der Kopfhaut 804.
— Porokeratosis 804, 850.
— 850, 851.
Arnold, Rudolf, Beeinflussung der Haut durch Reiztherapie 914.
— Walter, Intrakutanreaktion unspezifischer Stoffe 913.
Aronstam, Noah E., Epidermophyton inguinale 1031.
— — — Sklerodermie nach Trauma 807.
Arzt, Leopold, Erythema induratum 1119.
— — multiforme der Konjunktiva 758.
— — perstans 1246.
— Follikuläre Hyperkeratose 1160.
— Großknotiges Erythema multiforme 758.
— Lupuskarzinom 1119.
*— Mikrosporide 1193.
— Mikrosporie, Allgemeinerkrankungen bei 1180.
— Mikrosporie, Lehrfilm 1186.
— Mycosis fungoides 1116, 1160.
— Sarkoid Darier 1249.
— Serofuloderma 1249.
— Toxisches Exanthem 758.
— 1115, 1119, 1245, 1248.

Digitized by Google

Arzt, Leopold u. Fuhs, Herbert, Allgemeininfektion bei Trichophytie und Mikrosporie 713.
— — — — — — Goldausflockung des Liquors 692.
— — — — — — Liquor bei luetischen Manifestationen 692.
— — — Kumer, L., Atypische kolliquierende Tuberkulose 713.
Ascher, Geschlechtskrankheiten in Frankfurt a. M. 859.
Aschoff, L. u. Kamiya, K., Lipoidspaltende Funktion der Lymphozyten 908.
Attilio, Reaktionen von v. Dungern und von Gaté und Papacosta 828.
Aubin, A. s. Lemaitre.
Audrain, J., Syphilis in vier Generationen 935.
Audry, Ch. u. Chatellier, Endokrine Störungen angioneurotischer Art 1230.
— C. u. Suquet, P., Gebärmutterkrebs und Syphilis 1229.
Azoulay, Robert, Jodwismutsaures Chinin bei Syphilis 935.
Azua y Suarez, Juan 720.

Bab, M., Salvarsan-Novasurol 1078.
Bachmann, W., Aktinomyzesvarietät 765.
Baer, Blutungen nach Silbersalvarsan 1141.
Bagnoli, Leucoderma syphiliticum 1123.
Balban, Keratodermia erythematosa 1117.
— Lichen nitidus 1160.
— — planus bei Varizen 1117.
Baliña, Pedro L., Arsen-Quecksilber bei Tabes 935.
Balte, F., Erythrocyanosis cutis symmetrica 956.
Bancin, A., s. Nicolau.
Baracz, Kupfersulfat bei Aktinomykose 965.
Barbe, E. u. Meynet, P., Gonokokkenseptikämie 1142.
Barber, H. W., Fordycesche Krankheit 1163.
— — — Lepra 1163.
— — — Lupus erythematodes 785.
— — — Parakeratosis variegata 785.
— — — u. Shaw, M., Recklinghausensche Krankheit 853.
Barbier, G. s. Louste.
Barduzzi, Domenico 968.
Barmeyer, Hermann, Histologie der Salvarsandermatitis 1078.
Barnett, Charles E., Bekämpfung der Blutungen nach Prostatektomie 807.
Barney, J. Dellinger, Torsion des Samenstranges 1029.
Barratt, Mary M. s. Parthasarathy.
Baskin, M. J., Aktinomykose 965.
Baumann s. Loeper.
Baumgärtel, Traugott, Staatliche Bestimmungen zur WR 716.
Baumm, Hans, Nierendystopie 1104.
Bechet, P. E., Haut endokriner Störung 1010.
Beck, Soma C. 696.
— 1186, 1205.
Beckenheimer, Vereisung bei Staphylokokkeninfektionen 958.
Beer, Edwin, Kontraktur des Blasenhalses 1165.
Beeson, B. Barker, Salvarsandermatitis 1029.
— — — Tabes und tertiäre Hautsyphilis 1032.
— — — u. Albrecht, P. G., Salvarsanausscheidung im Urin 1074.
Behdjet, Houloussi, Recklinghausensche Krankheit 1036.
— — s. Hodara.
Behncke, Paul, Vermehrung des Eiweißgehaltes im Liquor 909.
Bejarano, Syphilis des Zerebellum 1046.
Belfield, William T., Anatomie des Trippers beim Manne 1100.
Bella, De A., Eigenblutserum bei gonorrhoischer Gelenkentzündung 762.
— — — Wismut bei Syphilis 1076.
— — u. Marengo, Haplographium 1124.
Belliotti, Luigi, Hautnekrose 761.
Bender, W., Tuberkelbazillenfärbung 808.
*Benedek, Tibor, Gefärbte Normomastixreaktion im Liquor 883.
Bergel, S., Abwehrmittel des Körpers gegen syphilitische Infektion 829.
Bering 1187, 1189, 1207.
Bernard, Armand 1212.
Bernstein, Trichophytia unguium 1141.
Bernucci, Felice, Tertiäre Syphilis 1250.
Best, Emmy s. Gruber.
Bethune, Charles W., Hämatomyelie 1029.
Bettmann, Ätiologie der Psoriasis 959.
— Leucaemia cutis 1141.
— 1140.
Biancheri, T., Behandlung des Milzbrandes 960.
*Biederstedt, H., Neosilbersalvarsan und Novasurol in Mischspritze 754.
*Bierich, R., Histogenese der Teerkarzinome 1081.
— — u. Möller, E., Experimentelle Erzeugung von Teerkarzinom 764.
Bircher, M. E. u. McFarland, A. R., Globulingehalt des Serums bei Syphilis 1144.
Blum, Viktor, Verjüngung nach Prostatektomie 1031.
Bitter, L., Bakteriologische Diphtheriediagnose 718.

Digitized by Google

Bizart u. Blum, Gonorrhoische Bartholinitis 1141.
Blamoutier s. Chevallier 854.
— s. Jeanselme.
— — Lévy-Franckel.
Bloch, Bruno, Mäusekarzinom durch Teerpech 1226.
— — Neue Untersuchungen über Hautpigment 827.
— — Zur Kritik der Dopatheorie 692.
— Iwan 1212.
— Marcel s. Burnier 855.
— — — Jeanselme.
— Reinhold, Wundscharlach durch Daumenlutschen 767.
Bilke, Verkalkte Epitheliome 743.
Blumenthal, Ferdinand 1124.
Boas, Harald, WR und ihre klinische Verwertbarkeit 858.
— H., 768.
Bobowitsch, Superfizielle Mykose 784.
*Bockholt, H., Angiokeratoma naeviforme 1132.
Boecker, Eduard, Tuberkelbazillen auf Eidotternährboden 808.
Boeminghaus, Hans, Getrennte Nierenharnuntersuchung 899.
— — Pneumoradiographie des Nierenlagers 1097.
Bogdanow 712, 713.
Bogrow, S., Lichen planus zosteriformis 784.
Bonn, Harry K., Stumme Harnsteine 1164.
Bonnet, L. M. u. Lebeuf, Physiologische Pigmentierung der Mundschleimhaut 765.
Bordet, J. 1232.
— s. Hudelo.
Borghoff, J. A., Dariersche Krankheit 1009.
Born, Wilhelm, Neue Teerpräparate 1049.
Borelli, Antigonokokkenvakzine 1123.
— Kerion 1123.
Bortnjaeff, Syphilis mutilans 784.
Bory, Louis, Fall von Pian 736.
— — Lymphogranulomatöser Schanker 736.
— — Sekundärsyphilis neun Jahre nach dem Schanker 736.
Bossan s. Lévy-Franckel.
Boulanger s. Hudelo.
Boulanger-Pilet 854.
— s. Hudelo.
Boulet, P. s. Vedel.
Boulin s. Ravaut.
Bourne, Eleanor, Sclerema neonatorum 741.
Boutin s. Montpellier.
Brack, Zwei seltene Befunde des männlichen Urogenitalsystems 841.
Brahmachari, Hautleishmaniose 961.
Brandes, M., Vereinfachung der Tuberkulinprobe 791.
Brandt, Leo u. Fränkel, Manfred, Verödung der Tränendrüsen durch Röntgenstrahlen 694.
*— Robert, Anteil des Quecksilbers an der Wirkung der Linser-Mischung 775.
Brauer, L. u. Fraenkel, E., Malariaexanthem 787.
Braun, Günther, Keratoma palmare et plantare 1051.
Braun, H., Wundantiseptica 912.
*— Richard, Pediculi vestimentorum unterhalb eines Zehennagels 874.
Braunisch, R. s. Rosenthal.
Breda, Unguis incarnatus 1124.
Bronstam, Noah E., Gautiers Clarimonde 1164.
Brown, Wade H. u. Pearce, Louise, Abwehrreaktionen der mit Spirochaete pallida infizierten Tiere 812.
Browne, O., Epidemische Dermatitis 957.
*Bruck, C., Leukutane bei Hautkrankheiten 1033.
— Carl, Rezepttaschenbuch für Dermatologen 905.
— C., Serodiagnose durch Ausflockung 1055.
Brünauer, St. R., Epidermophytia inguinalis 838.
— Hauttuberkulose 1116.
— Lichen planus striatus 1117.
— — syphiliticus 1116.
— Lupus erythematodes 1116.
— Neurodermitis generalisata und Erythema multiforme 1116.
Brüning, F., Nervenlähmung und Nervenreizung 962.
Bruhns, Dermatoskopie 1186.
— Keratosis follicularis nach Salvarsanexanthem 805.
— Naevus anaemicus 805.
— Ulcus gangraenosum 804.
— u. Dittrich, Dermatoskopie 851.
— 1184, 1189.
Brunetti, Ludovico, Sturli, Adriano u. Freund, Emanuele, Fall von Acanthosis nigricans 761.
Bruusgaard, E., Hämatogene Infektion bei Trichophytie 954.
Brytschew, Trepol 712.
Buerger, Leo, Erkrankungen des Harntraktes 1212.
Bukovsky 768.
Bumpus, Herman C., Radium bei Krebs der Vorsteherdrüse 1192.
Burchardt, Konrad, Kontagiosität des Lupus 790.
Burke, V., Formaldehyd-Erstarrungsreaktion 1146.

Digitized by Google

Burkhard, Willy, Phthirius inguinalis 967.
Burnier, Lichen planus durch Schröpfköpfe 1097.
— M. R., Vitiligo und Syphilis 1251.
— u. Bloch, Marcel, Angio-Lupoid 855.
— — Rejsek, Granuloma anulare 1097.
— s. Jeanselme.
Buschke, Bronzepigmentierung 804.
— Dupuytrensche Fingerkontraktur bei Psoriasis 849.
— Friedmannsches Mittel bei Lupus 690.
— Gonorrhoische Hyperkeratose 804.
— Großpapulöses Syphilid nach Salvarsankur 804.
— Lungenlues 850.
— Melanokarzinom 850.
— Ostitis fibrosa 804.
— Pepsin gegen Keloide 690.
— Primäraffekt am Gesäß 850.
— Primäraffekt am Nabel 804.
— Zwischenkiefer bei kongenitaler Lues 849.
— 680, 805, 850, 1181, 1183.
— u. Peiser, Thalliumalopezie bei Ratten 680.
— — Sklarz, Wirkungsweise des Quecksilbers 1185.
Bussalai, Luigi Acnitis 762.
Buzello, Arthur, Urotropin bei pyogener Infektion 720.

Cade, A., Tertiäre fieberhafte Hepatitis 811.
Cady, D. W. s. Symmers.
Caillau s. Hudelo.
— s. Montlaur.
Caldarola, Hautgummen 1124.
Calearo, Endokrinologische Versuche 1120.
*Callomon, Fritz, Purpura und letale Lungenblutung nach Neosalvarsan 1197.
Cameron, A. K., Maul- und Klauenseuche beim Menschen 764.
Camplani, M., Herxheimersche Reaktion bei Lepra 1250.
Camus s. Roederer.
Capelli, Poikilodermia 1123.
— Schädelsyphilis 1123.
Carles, Jacques 1232.
Casal, Garcia, Alopecia totalis 1047.
— — Induratio penis plastica 1047.
Casper, Leopold 1260
Cattaneo, Luigi, Priapismus 1250.
Cazenave, E. s. Dubreuilh.
Cecil, H. L. u. Hill, J. H., Aktinomykose der Harnorgane 1212.
Cestan u. Riser, Trennungen der Reaktionen des Liquor 902.
Chable 768.
Chamberlain, Frederick, Arsenikterus 852.
— — Salvarsanikterus 1079.
Chase, Carroll, Dosierung des Radiums 805.
Chatellier, L., Bubon d'emblée mit Spirochäten 1073.
— — Lupus erythematodes mit totaler Alopezie 901.
— — Makroglossie 1072.
— — Reaktivierung des Komplements 855.
— s. Audry.
Chevallier u. Blamoutier, Tuberkulide am Fuß 854.
— — Joannou, Syphilitische Hautatrophie 935.
— P. s. Jeanselme.
Chipman, E. D., Parapsoriasis 1028.
— — — Streptokokken-Dermatosen 1008.
Cole, H. N., Gericke, A. J. u. Sollmann, T., Quecksilberinhalationen 1074.
— — — — — — — — — — saubere Einreibungsbehandlung der Syphilis 829.
Collings, Clyde W., Gipsverband bei gonorrhoischer Arthritis 840.
Cornwall, L. H., Vernes-Reaktion 1146.
Corson, Edward F. u. Sidlick, David M., Urticaria nach Phenolphthalein 957.
Cottenot s. Thibierge 935.
Cottrel, Thomas, Intermittierende Hydronephrose 1045.
Courtade, Denis, Urininkontinenz 1104.
Covisa, Lichen 1046.
— Porokeratosis 1047.
Crawford, B. L. s. Strauss.
Crha, J., Therapie der Akne 988.
Crohn, Burril B., Magengeschwür bei Tabes 811.
Crosti, Jodophilie im blennorrhagischen Eiter 1123.
Culver, George D. s. Montgomery.

Dagnault, T. Vallière, Stammvakzinen bei Infektionen des Urogenitalapparates 1029.
Dale, H. H., Spezifische Sensibilisierung 909.
— — — u. White, C. F., Vergleich verschiedener Präparate von Neosalvarsan 1078.
Danel, Dermatitis nach Cryogenin 736.
Daniels, Benjamin A., Pferdehaar für Injektionsnadeln 915.
D'Arcy Power, Syphilis in der Allgemeinpraxis 991.

Digitized by Google

Darier, J., Primäre Epitheliome 954, 1162.
Dartigues u. Roucayrol, Phimosenoperation 955.
Davis, Haldin, Hauttuberkulose nach Katzenbiß 852.
— — Pseudo-Alopecia areata 955.
— — Psoriasis bei einem Kinde 852.
— — Sekundäre Syphilis 852.
— St. H. s. Underhill.
Debray s. Loeper.
Decrop u. Salle, Bilder von Syphilis und Hautkranken in Marokko 735.
Define, Giacomo, Wismuttartrat bei Syphilis 1077.
Deglaire s. Pinard.
*Delbanco, Marie Kaufmann-Wolf 1242.
*— Ernst, Nourneys Immunitätsbehandlung der Geschlechtskrankheiten 705.
— Prognose der männlichen Gonorrhoe 1183.
— Zur Pathogenese des papulonekrotischen Tuberkulids 1206.
— 1092, 1093, 1187, 1189, 1205.
Delfino, Emanuel Albert, Zystektomie 899.
Denburg, van Richard H., Blasenpapillom 1046.
Dercum, Francis X., Die beiden Grundformen der Syphilis 1032.
Derecq, Hydrotherapie bei Prostatitis acuta 1167.
*Deselaers, H., Wismutinjektionen mit Bismogenol 949.
Deyl, J., Primäraffekt am Augenlid 1095.
Dible, J. Henry, Kolloidale Benzoeharzreaktion 909.
Diehl, E., Diagnostische Tuberkuline 791.
Dillingham, Frank S., Zystoskop bei Harnleitersteinen 1030.
Ditlevsen, C. V. 720.
Dittrich s. Bruhns.
Dohen s. Tzanck.
Dold, H., Vereinfachung meiner Trübungsreaktion 1055.
— — Weitere Vereinfachung meiner Trübungsflockungsreaktion 816.
Dollereder, Julius, Primäraffekt der Tonsille 992.
Dominguez s. Pardo-Castello 1147.
Donath, Julius, Röntgenbehandlung der Sklerodermie 743.
Dore, S. E., Adenoma sebaceum 1163.
Dreyer, K. s. Stühmer.
Drouet s. Leredde.
Dubreuilh, W., Botryomykom 739.
— — Hundekrätze 938.
— — Papelausschlag durch Krümmung der Haare 935.
— — u. Joulia, Katzenräude 739.
Dubreuilh, W. u. Joulia, P., Mykotische Intertrigo 1072.
— — — Cazenave, E., Verkalktes Epitheliom 1230.
— Kolloidmilium 739.
— William, Toxische Serien von Novarsenobenzol 739.
Dubrow, Keratoma palmare et plantare hereditarium 712.
Ducrey, C., Behandlung der Syphilis mit Bismuth 831.
— — Wismut bei Syphilis 1100.
— Dermatitis atrophicans 1124.
— 1121.
Dudley, Frank C., Skarifikationsmesser 915.
Düttmann, Gerhard, Prostatahypertrophie als Fehldiagnose 842.
Dufourmentel s. Sebileau.
Duncan, Rex, Radium bei 500 Fällen von Epitheliom 806.
Dupasquier, D. s. Nicolas.
Dwyer, Hugh L., Purpura fulminans 956.
Dzinban, Martin, Doldsche Präzipitinreaktion 1095.

Eberson, F., Immunitätsstudien bei experimenteller Syphilis 1007.
Eckstein 851.
— Anton 1212.
Edington, G. H., Sarkom eines Bauchhöhlenhodens 1167.
— — R., Urachuszyste 1104.
Ehrmann, Lepra 1247.
— Neurofibromatosis 1118.
*— Salomon, Zu Freymanns Aufsatz über Leukoderma syphiliticum 721.
— 1116.
Eichelbaum, Reinhard, Blutbild nach allgemeinen Krankheiten 1051.
— Hans Reinhard, Suprarenin gegen Neosalvarsannebenwirkungen 1080.
Eichenlaub, F. J. s. Hazen.
Eicke, H. u. Rose, E., Wert der Linserschen Methode 830.
Eisenstaedt, J. S., Erythema bullosum 960.
Eisenstädter, D., Zystoradioskopie 901.
Eisler, Fritz, Röntgenologische Fortschritte im Bereich der Harnorgane 695.
Eldridge, Charles J. s. Oliver.
Eliascheff, Olga u. Zimmerlin, Pityriasis rubra pilaris 953.
— — s. Pautrier.
Eliassow, Alfred, Meningitis gummosa bei einem Neugeborenen 811.
— 1188.
Elliot, A. Macbeth, Streptokokkenangina 964.

Digitized by Google

Ellerboock, N., Blasenhernien 1166.
Epstein, H., Neue Blutzellenfärbung 908.
Erdmann, Bernhard, Stein im Ureter 1029.
Esau, Schweinerotlauf durch Kadaver 960.
Escher, Neurofibromatose mit Akromegalie 901.
Ewing, William Beer 744.
Ezickson, William J., Larven in der Harnröhre 1148.

Falk, Gustav 720.
Fasal, Hugo 720.
Fasiani, G. M., Ätiologie der Rattenbißkrankheit 720.
Favento, Salvarsanikterus 1120.
Feinberg, S. M., Aplastische Anämie nach Neosalvarsan 1079.
Feldmann, Samuel, Übertragbarkeit der Syphilis im Latenzstadium 991.
Ferond s. Lespinne.
Fick, Joh., Bekämpfung der Syphilis 952.
Fiedler, R., Schönheitsrezepte der römischen Kaiserinnen 907.
Finkelstein, H., Galewsky, E. und Halberstaedter, L., Hautkrankheiten und Syphilis im Kindesalter 904.
— L., Studien über Fleckfieber 789.
Fischer, Aladar, Operation der Hypospadie 1104.
Fischer, Favus beim Kanarienvogel 691.
— Urticaria perstans 691.
— W., s. v. Hecker.
Fischl, Asphaltdermatitis 759.
— Friedrich, Chilblainlupus 713.
— — Experimentelle Purpura bei Tuberkulösen 692.
— — Kleinpustulöse vegetierende Dermatose 858.
— — Netzförmige Livedo bei Tuberkulose 713.
— Atrophia cutis 1246.
— Erythema multiforme 1159.
— Lichen verrucosus 1159.
— Livedo lenticularis 1160.
— Lupus erythematodes 1159.
— Teerkarzinom 1159.
— F. u. Kirschner, L., Ulcus phagedaenicum 1162.
Flandin, Ch. u. Tzanck, A., Antikoagulierende Eigenschaften des Salvarsan 736.
— — — — — Impfung von rezidivierendem Herpes auf Kaninchen 738.
Flexner, Abraham, Prostitution in Europa 906.
Foerster, O. H. u. H. R., Röntgenbehandlung der Psoriasis 1010.
Fokin 712.
Fontana, Herpes febrilis 1120.
Foote, John A. s. Litchfield.
Fordyce, John A., Nervensyphilis 1011.
— J. A., Silber-Arsphenamin 1027.
— — — u. Rosen, J., Behandlung der kongenitalen Syphilis 1073.
— — — — — Isadore, Laboratoriumsbefunde bei 1064 Fällen von Früh- und Spätsyphilis 814.
Foster, Burnside 744.
Fournier, Louis u. Guénot, Louis, Wismutsalze bei Syphilis 737.
— — — Schwartz, Pluralität der Syphilisspirochäten 737.
Fox, H., Fibroide Syphilome 1144.
— Wilfried, Morphaea guttata 852.
*Fraenkel, Eugen, Knochenbildung in der Subkutis 1057.
— E., Malariaexanthem 787.
Fränkel, E., Untersuchungen bei Scharlachkranken 767.
— Manfred s. Brandt.
Frank, N., Cholesteringehalt der Antigene bei der WR 814.
Fraser, A. Reith, Syphilis des Nebenhodens 1094.
— Frank, Viszerale Veränderungen bei kongenitaler Syphilis 812.
Frei, Wilhelm, Follikularzyste und Spindelzellenepitheliom 1052.
Freund, E., Acanthosis nigricans 1123.
— Emanuele s. Brunetti.
— — 1121.
— Hermann, Unspezifische Reiztherapie 913.
— L. u. Valenta, E., Rötungsskala 956.
Frei, Quecksilberversuche bei Kaninchensyphilis 1208.
— 1184, 1204, 1205, 1208.
Frieboes, Walter, Zur Anatomie und Biologie der Haut VIII 1051.
— W., Gegen W. J. Schmidt 1050.
— 1188, 1189, 1190, 1191, 1204, 1206.
Fried, Arnold, Partialantigene bei Tuberkulose 714.
Friedberger, E. u. Schröder, P., Antiserum-Gilftigkeit 909.
Friedmann, Tonsillarsklerose 760.
Fritsch, Karl, Dosimetrie bei Strahlenbehandlung 916.
*Fritz, Friedrich, Fliegenmaden im Kopfhaar 773.
Frühwald, Richard, Behandlung der Alopecia areata 1190.
— Kaninchensyphilis 1207.
— Organkolloidtherapie auf Grund der Abderhaldenschen Reaktion 1191.
*— Spirochätenfunde an syphilisfreien Stellen 878.
— — 696, 916.
— 1182, 1189.

Digitized by Google

Fuchs, Dora, Essentielle Telangiektasien 713.
— — Impetigo contagiosa und Ecthyma 858.
Fuentes, C., Fontana-Methode 1007.
Fuhs, Herbert, Atypische Mikrosporie 1161.
— Favus 1248.
— — capitis 760.
— Granuloma rubra naso 761.
— Lichen scrofulosorum 760, 1119, 1161.
— Mikrosporie 1119, 1248.
— Pachydermie nach Erysipel 1161.
— s. Arzt.
Funel, Syphilitische Hemiplegie 1142.

Gaal, A., Apparat zur Dosierung von Neosalvarsan 1077.
Gabbe, E., Veränderung der Lipoidmenge nach Injektion körperfremder Stoffe 913.
Gadenat s. Nanta.
Gager, Edward C., Gonorrhoische Keratodermie 1101.
Galewsky, Eugen, Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 860.
— Hauterkrankungen während des Krieges 1251.
— Lupus erythematodes 1187.
— Lymphangiom 1187.
— Talgdrüsennävus 1186.
— Ulcus vulvae simplex 1186.
— Ulerythema ophryogenes 1187.
— 1189, 1190, 1207, 1209.
— s. Finkelstein.
Galliot s. Lacapère.
Galloway, David J., Syphilis des Magens 810.
— James 1232.
Gann, Dewell, Harnblasenfistel 1045.
Gans, Gewebsatmung und Röntgenwirkung 1187.
— 1191.
Ganzoni, Moriz, Trichophyton violaceum 966.
Gastou u. Tissot, Norwegische Krätze 735.
Gastreich, Fritz, Kontrastmittel bei Pyelographie 898.
Gaté, J. s. Nicolas.
Gaumitz, Helmut, Aolaninjektionen 840.
Gauss, C. J., Intravenöse Therapie der weiblichen Gonorrhoe 1102.
Gawalowski, Karl, Neue Befunde bei Pemphigus 988.
— — Pluriglanduläre Insuffizienz 715.
— W., Laktininjektionen 785.
Gaza, W. v., Wundantisepsis 912.
Gazelli, Lepra anaesthetica 1124.
Geller, F. Chr., Nervenkörperchen in Klitoris und kleinen Labien 1231.
Gerbay s. Lacapère.
— — Lévy-Bing 1143.
Gericke, A. J. s. Cole.
Gewin, William C. s. Wilkens 806.
Geyer, Salvarsan bei chirurgischen Eingriffen in septischen Wunden 1080.
Giampoli, Lymphangiom 1124.
Giemsa s. Mayer.
Gigon, Alfred, Sekundäre Geschlechtskrankheiten 1252.
Gillmeister, Levurinose bei Dermatosen 719.
Gins, H. A., Spezifische Zellveränderungen bei Variola 788.
Giraud, G. s. Vedel.
Glenn, W. Frank, Tripperbehandlung 1031.
Glingar, Alois, Angeborene Klappen in der Harnröhre 1098.
Görl u. Voigt, Röntgenstrahlen bei Psoriasis 719.
Goin, Lowell S., Röntgenbehandlung gewisser Hautkrankheiten 806.
Golay, J., Monilethrix 1230.
Goldberg, B., Kleine Urologie 1164.
Goldstein, Albert E., Hypernephrom 1030.
Gonnella, M., Harnwege bei Scharlach 968.
Goodman, Herman, Syphilitische Zerstörung des Penis 807.
— H. s. Throne.
Goosman, Charles, Röntgenbehandlung eines phagedänischen Schankers 806.
Gordon, Murray B., Syphilis bei Hypothyreoidismus 741.
Gorke, Hans, Diabetes und hämorrhagische Diathese 717.
Gottron, Dermatitis nach Calomel intern 804.
— Salvarsanexanthem 804.
Goubeau, Schanker und Krebs der Lippe 855, 934.
Gougerot, H., Syphilis ohne Schanker 1142.
Gravagna, Elephantiasis der Schamlippen 1051.
— Trichophytie 857.
— M., tuberkulöses Geschwür der Vulva und Blase 844.
Gray, A. M. H., Fall zur Diagnose 785, 851.
— — — — Lichen obtusus 852.
— — — — Multiple Nävi 852.
— — — — Pemphigus foliaceus 785.
— — — — Rezidivierende Stomatitis 1163.
Greenbaum, S. S. u. Klauder, J. V., Sproßpilzinfektion der Haut 1146.
— — — — Schamberg, F. Jay, Leprabazillen 989.

Digitized by Google

Greif, Ulrich, Zur Frage der Geschlechtskrankheiten 1147.
*— Syphilitischer Primäraffekt an Unterlippe und Augenbrauen 895.
Greig, David M., Hypertrophie der Mammae in der Pubertät 860.
— — — Meningeales Hämangiom und Adenoma sebaceum 743.
Grimme, M., Gonozystol 1102.
Grintschar 712.
Groeer, Fr. v. u. Jasinski, W. v., Beeinflussung der Schmerzempfindlichkeit durch Röntgenstrahlen 916.
Groen 768.
Groot, de, S. B., Spaltung einer Hufeisenniere 899.
Gross, Paul, Kaupesche Methode und SGR bei Primäraffekten 694.
Grosse, Schönheitspflege 1099.
Grosz, Siegfried 916.
Groth, A., Schutzpockenimpfung in Bayern 788.
Gruber, Go. B. u. Best, Emmy, Bauchspaltenbildung 899.
Grütz, O., Dermatomykosen in Schleswig-Holstein 1162.
— — Goldsolreaktion 1053.
*Grusz, Friedrich, Phthirus inguinalis 1105.
Guénot, Louis s. Fournier.
Guibert, Durch Wismut geheilter Fall von As- und Hg-Festigkeit 1072.
Guieysse s. Lévy-Franckel.
Guilleminot, H., Tiefe Röntgenbehandlung 916.
Gutmann, Alfred, Tuberkulinprobe und Hechtsche Kutanreaktion bei Lues und Dermatosen 693.
*— C., Darf Fieber nach der ersten Salvarsaninjektion für die Diagnose Lues verwertet werden? 731.
— — Exantheme nach Salvarsan und Quecksilber 838.

Haas, Alfred, Hyperorchidie 843.
Haberland, H. F. O., Chelonin bei Tuberkulose 990.
Habermann, Persönliche Prophylaxe zur Sanierung der Prostitution 844.
*Hachez, Éduard, Behandlung des Lupus erythematodes mit Neosilbersalvarsan 678.
Hahn, L. u. Kraupa, M., Zur Klinik der Urtikaria 714.
— Marie, Blasenvorfall durch die weibliche Harnröhre 844.
— M. u. Remy, E., Aufnahme von Quecksilberchlorid durch die Körperzellen 913.
Haebler, H., Funktion der Nierenkelche 897.
Halberkann s. Mayer.
Halberstaedter, Herpes zoster faciei 850.
— L. s. Finkelstein.
Hall, John E. u. Tharp, Milton, Harnextravasat durch einen Harnröhrenstein 807.
Halle, Lichen planus 1092.
— Lupus erythematodes 1092.
*Hammer, Friedrich, Behandlung des Karbunkels 949.
*— Fr., Hautreize und deren Verwendung 969, 996.
— Lichen ruber acuminatus 1141.
— Lupus erythematodes 1140.
— Lupusfälle 1140.
— Pyämid 1140.
Hammesfahr, Dilatation der Harnröhre 1165.
Harms, Claus, Solitäre Nierenzysten 1231.
Harper, P., Chaulmoograöl bei Lepra 989.
Harpstee, Charles Melven, Indigokarmin bei funktioneller Nierendiagnostik 807.
Harris, Arthur J. 1012.
— Frederick Gillette 768.
*Harry, Felix, durch Achorion violaceum bedingte Erkrankung des Kopfes 726.
Hart, C., Phlebitis hepatica syphilitica 1012.
— Lasher 768.
Hartmann 1091.
Harttung, H., Urotropin gegen pyogene Nierenprozesse 1212.
Hartwich, Adolf, Statistisches über Miliartuberkulose 808.
Haslinger, Koloman, Lebensrettende Nephrostomie 899.
Haubenreisser, Walter, Lymphdrainage bei Elephantiasis cruris 956.
Hauck 1140.
Hauser, Gerhard, Röntgenbehandlung der Sklerodermie 743.
Hayn 1190.
Hazen, H. H. u. Eichenlaub, F. J., Röntgenbehandlung der Akne 1010.
Hearn, J. E., Anweisungen für die WR 807.
*Hecht, Hugo, Cutis capitis gyrata 1035.
*— — Kombination von Heilmitteln bei Haut- und Geschlechtskrankheiten 800.
— — Neue Flockungsreaktion 694.
Hecker, H. v. u. Fischer, W., Lymphogranulomatose 964.
Heiberg, K. A., Zur Kenntnis des Tuberkels 791.

Digitized by Google

Heiberg, K. A. u. Strandberg, Ove, Mikroskopische Untersuchung der Nasenschleimhaut bei Lupus 990.
— — — — With, Karl, Bogenlicht bei Lupus vulgaris 786.
Heilmann, J., Skabies bei Säuglingen 766.
Hein, Emil E. u. Marchildon, John W., Zystoskopie und Röntgenstrahlen in der urologischen Diagnose 806.
Heinemann, H., WR, SG und DM in Malarialändern 814.
Heller, Epitheliom nach Radium 850.
— Julius, Ist Quecksilber ein symptomatisches Heilmittel 1080.
— mexikanischer Syphilisgott 850.
— Trichophytie der Nägel 850.
— — 691.
Hellmann, Lichen planus 1115.
— rhinoskleromartiger Lupus 1115.
— Sklerodermа 1245.
Hellwig, Fritz, Merkurialstomatitis 1080.
Henneberg, R., Salvarsan-Hirntod 831.
Herring, P. T. u. Macnaugthon, F. G., Lymphgefäße und ihre Rolle bei Absorption fremder Teilchen 908.
Herzenberg, R., Chirurgische Komplikationen bei Fleckfieber 967.
Herzog, F., Bluttransfusion bei Hämophilie 717.
Hess, Elmer, Nierentuberkulose 1031.
— Paul, Dermatoskopische Untersuchungen 1049.
Hesse 1190, 1204, 1207, 1208, 1209.
Heyn, Granuloma anulare 691, 804.
— Großpapulöses Syphilid nach Salvarsankur 804.
— W., Salvarsandermatitis 1079.
Hicks, E. P., Perforierendes hereditäres Fußgeschwür 744.
Highman, W. C., Jucken bei Syphilis 1074.
Hikhary s. Loiselet.
Hilgenreiner, Wunddiphtherie 959.
Hill, J. H. s. Cecil.
Hillenberg, E., doppelseitiger Zoster 957.
— Erna, Variolois kombiniert mit Lues 787.
Hirsch, Charles S., Harnröhrenstein 1148.
— Max, Gattenwahl 1147.
*Hodara, Menahem u. Behdjet, Houloussi, Fall von Jododerma tuberosum 730.
*— — — — — Neosalvarsan bei Lichen 833.
Hodges, R. Hamer, Unstillbares Erbrechen bei zerebraler Lues 811.
Hoekstra, Geert, Familiäre Neurofibromatosis 742.
Höppli, R., Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach 968.
Hofbauer, J., Krupöse Vaginitis 1232.
— — Ovarialtherapie klimakterischer Toxidermien 939.
Hoffmann, W. A., Diagnose der Pocken an der Kaninchenkornea 788.
Hofmann, Erythema multiforme 758.
— Genitaler und extragenitaler Primäraffekt 758.
— Edm. u. Mergelsberg, P., Kölner Salvarsanstatistik 1050.
Hohlbaum, J., Tödliche Embolie nach Pregl-Lösung 940.
Hohnholz, Hermann, Aortitis luetica 1011.
*Hohorst, Wilhelm s. Wechselmann.
Hollmann, H. J., Fettsäuren des Chaulmoograöles bei Lepra 1075.
Holthusen, H., biologische Wirkung der Röntgenstrahlen 915.
Homma, Gitterfasern bei Karzinom 1186.
Hopf, H. F. W., Vitiligo und Syphilis 1011.
Houtoum van, G., Trennung einer Hufeisenniere 898.
Hryntschak, Theodor, Doppelbildungen der Nierenbecken 1098.
— Samenblasentuberkulose 900.
Hudelo, Bordet u. Boulanger-Pilet, Wismut-Stomatitis 854.
— Boulanger-Pilet u. Cailliau, Hautatrophie infolge Fehlens des elastischen Gewebes 738.
— — — — — Kongenitale verruköse Erythrokeratodermie 934.
— — — — — Pityriasis pilaris und Psoriasis 936.
— Oury u. Cailliau, Dyskeratose der Vulva 936.
— u. Boulanger, Tertiäre Myositis des Geniohyoideus 735.
Hübner, Behandlung der Psoriasis 1189.
*— Zur Behandlung der Psoriasis vulgaris 724.
— 1190, 1208.
Hübschmann, K., Bromoderma 1096.
— — Tuberkuline 987.
— — — und Kaltblütervakzine in der Dermatologie 785.
— — Tuberkulinreaktion 989.
Hügel, Elephantiasis nostras 953.
— Partielle Sklerodermie 853.
Hunziger, Hans u. Reese, H., Basler Pockenepidemie 967.
Jacobs, P. A., Erkennung von Krankheiten der Harnwege 1103.
Jacobson, J., Benzylzimtsäure bei Lupus 935.

Digitized by Google

Jadassohn, Odolekzem 1184.
— 1181, 1182, 1184, 1260.
Jaenicke, Kurt, Primäraffekt des Naseneinganges 810.
Jamieson, R. C., Blutstickstoff bei Psoriasis 1009.
Jaschke, Rud. Th. v. u. Salomon, Rud., Fluortherapie mit Bazillosan 1252.
Jasinski, W. v. s. Groeer.
Jean, G., Blasengeschwür, extraperitonealer Durchbruch 955.
Jeanselme u. Blamoutier, Keratosis blennorrhoica der Glans 738.
— E., Chevallier, P., Burnier u. Périn, Landkartenartige Erythrokeratodermie 937.
— Chevallier, P., Pomaret, M., Blamoutier, P. u. Joannou, P., Weinsteinsaures Wismut bei Syphilis 854.
— E., Pomaret, M. u. Bloch, Marcel, Amino-Arsenophenol bei Syphilis 937.
— — u. Pomaret, M., Neues Arsenpräparat 1030.
Jenkins, James A., Gonokokken-Septikämie 1101.
Jesionek, A., Selbstheilung der Skrofuloderma 790.
Jessner, Max, Acrodermatitis chronica atrophicans 1052.
— — Pathogenese der Trichophytide 714.
— — 992.
Igersheimer, Syphilis an Auge und Sehbahn 1210.
Jimeno, Urticaria pigmentosa 1047.
Illert, E., Akridinfarben für Schutzpockenimpfung 788.
Illyés, G. v. 1168.
Joachimoglu, G., Tellurverbindungen in der Urologie 827.
Joannou s. Chevallier.
— P. s. Jeanselme.
Jones, Harold W., Harnuntersuchung bei Nierenerkrankungen 1192.
Jordan, Arthur, Erythema induratum 712.
— — Psoriasis mucosae oris 784, 1227.
— — Syphilis und Ehe 712.
— 712.
Joseph, J., Rhinoneoplastik 939.
— Max, Behandlung der Hyperidrosis 940.
— — Dermatologische Technik 911.
— — Gonorrhoe 1102.
— — Neurologische Technik 991.
— — Lehrbuch der Haarkrankheiten 716.
*— Walter, Naphthensäure bei Skabies 846.
*Joulia s. Dubreuilh.
Iroine, H. G., 215 Fälle von Syphilis nach fünf Jahren 809.
Irwin, W. K., Miktionsbeschwerden 1165.
Isaac 1187.
Ischewski, Mycosis fungoides 712.
Israel, James 1260.
Juliusberg 1093.
Jungnitz, Alfred, Prostatahypertrophie 1168.
Juster, E., Nitritoide Krise 937.
— — s. Lévy-Franckel.
Iwanow, W., Nasenprothesen 784.
— — Röntgenkrebs 784.
— — W. u. Tyschnenko, A., Keratosis follicularis sclerotisans 855.

Kabelik, J., Diffusion des Komplements 988.
Kajava, Yrjö, Haare an überzähligen Brustwarzen 964.
Kamiya, K. s. Aschoff.
Karo, Wilhelm, Terpichin bei Erkrankungen der Harnorgane 898.
Karwowski 768.
Katz, Gonorrhoe der Zervix 1141.
— Harry s. Kolischer 1166.
— R. s. Mayr.
Kauffmann, Friedrich, Cohnheimscher Entzündungsversuch 910.
Kaufman, Louis Réné, Atrophie der Niere 1031.
Kaufmann, R., Valentinischer Harnröhrenspiegel 898.
*Kaufmann-Wolf, Marie, Lichen ruber planus auf Naevi 769.
Keith, David V., Zwei Fälle von Blastomykose 806.
Keller, Künstliche Höhensonne 1141.
*— Philipp, Psoriasis der Mundschleimhaut 917.
Kendall, Julian L., Tinea cruris 807.
Kenedy, Desider, Calcium bromatum gegen Neosalvarsanintoxikation 1079.
— — Granuloma anulare 1227.
— — Herdförmige Amyloidentartung bei Dermatitis atrophicans 693.
Kerber, Lues maligna mit Ikterus 1141.
Kerl, Lupus follicularis disseminatus 1117.
Kiefer, Raymond A., Salvarsanbehandlung 1045.
Kjellberg, Gerda, Endausgang blennorrhoischer Vulvovaginitis 715.
Kiernan, James G., Beschneidung 1071.
— — — Ozolagnie 1164.
*Kiess, Oskar, Abderhaldensches Dialysierverfahren bei Sklerodermie 863.
— Lepra tuberosa 1205.
— Papillomatosis (Blastomycosis?) 1204.
— Zur Naturgeschichte der Krätzmilbe 1204.
Kilduffe, R. A., WR bei Kranken ohne Syphilisverdacht 1144.

Digitized by Google

Kilroy, Ph., Psoriasisproblem 1010.
Kirschbaum, Reinhold, Statistik des Primäraffektes am männlichen Genitale 1010.
Kirschner s. Fischl.
Kisskalt, K., Scharlachprobleme 766.
Kissmeyer, Komedonen und pseudolupöse Infiltrate 1228.
Kissmeyer, A. s. With.
— — u. With, Karl, Elastisches Gewebe der Haut 1094.
Klarenbeek, A., Kaninchentreponemose 812.
— — Spirochäte des Kaninchens 1054.
Klauder, Joseph V., Dermatitis und Asthma nach Arsphenamin 1147.
— — — Syphilis und Trauma 991.
— — — s. Greenbaum 1146.
— — — s. Solomon.
Klebe, E., Spirillenfieber als diagnostisches Hilfsmittel 810.
Kleeberg, Papulonekrotisches Tuberkulid 805.
— Schädelsyphilis bei Tabes 805.
Klein, Heinr. Viktor, Krankheit, Vererbung und Ehe 906.
*— Johanna, Antitrein, ein Antigonorrhoikum 825.
— Karl, Komplement-Konservierung 828.
Klingmüller 1092, 1093.
Klinkert, D., Entzündung, Immunität und Anaphylaxie 910.
Klipstein, J., Salvarsan-Embarin und Salvarsan-Cyarsal einzeitig 830.
*Kloeppel, F. W., Luetisches Bilirubinämie 1065.
Klose, H., Sublimatniere 843.
Klotz, Hermann 720.
Knorr, M., Angina Plaut-Vincent 764.
Koennecke, W., Behandlung der chirurgischen Tuberkulose 991.
Königstein, Amyloidose der Haut 1185.
— 1187.
Köthe, Friedrich, Eczema vaccinatum 959.
— — Quecksilber als Reizmittel bei Stomatitis ulzerosa 764.
Kogel, Heinrich, Sclerodermia anularis 962.
Kogoj, Fr., Histiogenese der Naevi 987.
Kolischer, Gustav, Krebsbehandlung 1163.
— — u. Katz, Harry, Röntgenbehandlung der Blasengeschwülste 1166.
Kollmann, Gonorrhoe des Mannes 1207.
— Mischspritze mit kolloidalem Hg 1190.
— 1189.
Kopytowski 768.
Krakauer 1208.
Krantz, W., Spirochäten bei Balanitis 1050.
Krasemann, Erich, Säuglingspflege 739.
Kraupa, Ernst, Hutchinsonsche Zähne 992.
— M. s. Hahn.
Krebs, Georg, Maststaphylokokkenvakzine Staphar mit Terpichin bei Hautkrankheiten 1210.
— Neosilbersalvarsan und Novasurol 830.
Krefting, R., Ausschließliche Salvarsanbehandlung 1229.
— Rudolf, Syphilisbehandlung mit Ahsalvarsan 1049.
Kreibich, Karl, Herkommen lipoider Zellgranula 1228.
— — Tubulöse Hautgeschwülste 1052.
Kren, Follikuläre Keratose 1245.
— Leukämische Hautaffektion 1159.
— Lichen scrofulosorum 1245.
— Urtikariaähnliche Affektion 1245.
— 1161, 1246.
Kreuter, E., Homosexualität und Hodentransplantation 1167.
Kritschewsky, J. L., Protozoen bei Fleckfieber 789.
Kromayer, Betrachtungen eines alten Praktikers über Salvarsan und Quecksilber 1080.
— jr., Quarzlampe 1209.
— Gertrud, Beseitigung von Pigmentflecken 915.
Krückmann, Syphilis am Sehorgan 1210.
Krüger, Lichen planus und acuminatus 1115.
— — scrofulosorum 1114.
— Lippenaffektion 1157.
— Lupus verrucosus 1157.
— Miliare Tuberkulose des Pharynx 1114.
— Paul, Pigmentierung bei Cramps griseus 714.
*Krug, H., Einzeitige Behandlung der Lues 1025.
Krupnikow, Myxödem 712.
Krzysztalowicz, v. 768
Kudji, N., Zur Pathologie der Brustdrüse 839.
Kuhle, Joachim, Terpentin bei Schweißdrüsenabszesse 719.
Kumaris, Joh., Abortive Erysipelbehandlung 960.
Kumer, Acne telangiectodes 1182.
— Angina necrotica 1118.
— Atrophia cutis idiopathica 760, 1248.
— Lichen planus 760.
— Lupus erythematodes des Mundes 1161.
— Lupus vulgaris disseminatus 1161.
— Morphaea 1248.
— Pediculosis der Zilien 1119.

Digitized by Google

Kumer, Leo, Psoriasis mit Allgemeinerscheinungen 1161.
*— — Radiumbehandlung der Induratio penis plastica 673.
— — Soormykose der Haut 1227.
— Salvarsandermatitis 1118, 1248.
— s. Arzt.
Kyrle, J., Unspezifischer Heilfaktor in der Syphilistherapie 1048.
— 759.

Lacapère u. Galliot, Wismutpräparat 1096.
— — Gerbay, Serologische Kurve 937.
Lacroix, A. s. Montpellier.
Lampe, Joh., Herpes zoster durch Varizellen 717.
*Landmann, B. von, Das hämolytische Komplement 1134.
Lane, J. E., Poikilodermia 1009.
Leng, Eduard 696.
Lange, Carl, Wirkungsweise der Vakzine 914.
— de, Cornelia, Merkwürdiger Nierenbefund 843.
Langendorff, Antisyphilitische Behandlung der Keratitis parenchymatosa 811.
Langer, Subakute Leberatrophie 849.
— Hans, Kaupsche Modifikation der WR 1056.
Lasch, C. H., Sanarthrit 913.
Lassueur 768.
Latimer, Henry Horace 768.
Laurent s. Louste.
Lawrence, Joseph S., Kongenitale Syphilis bei Zöglingen 992.
Lawrence, Walter S., Röntgenbehandlung schwer zu behandelnder Hautkrankheiten 806.
— William C., Spinalanästhesie 806.
Lazarus, Paul, Radiothorium 938.
Lebeuf s. Bonnet.
Ledermann, Reinhold, Acrodermatitis atrophicans 691.
— Angioma vasculosum 850.
— Lupus erythematodes 850.
— Lupus und tertiäre Syphilis 690.
— 1190.
Ledingham, J. C. G. s. Parthasarathy.
Lees, David, Keratodermia blennorrhagica 832.
Lefèvre, Paul s. Milian.
Legueu, Harnblasendivertikel 1166.
— Nephrektomie 1231.
— Retentionen prostatischen Ursprungs 841.
— Traumatische Orchitis 1167.
— Verweilkatheter 841.
Lehmann, Erich, Syphilis cerebrospinalis 1012.
— Herbert, Spätmyxödem 961.
Lehner, Emerich, Creeping Disease 1226.
— — Haut bei Pseudoleukämie 693.
*— — u. Radnai, Ernst, Trepol 1041.
— — — Vajda, E., Fazialislähmung bei Syphilis 1050.
Lehnhoff, Grenzen der Arsentherapie 1211.
Leitch, John W., Nervenlues mit Kehlkopfkrise 1012.
Lelong s. Milian 936.
Lemaitre, F. u. Aubin, A., Plastik bei syphilitischer Gaumenperforation 738.
Lemmel, Arthur, Dopareaktion bei Melanom 742.
Lenartowicz 768.
Lennhoff 1182, 1185, 1189.
Lenz, Erblichkeitslehre 1164.
Lepinay, Toxische Serie von Novarsenobenzol 1142.
— E. u. Massy, R., Essenz von Cedrus atlantica 855.
Lereboullet, Addisonsche Krankheit beim Kinde 961.
— Adiposogenitaler Symptomenkomplex 961.
— Endokrine Drüsen und Infantilismus 961.
Leredde, Rubinstein u. Drouet, Lymphozyten der Zerebrospinalflüssigkeit 854.
Léri, André u. Tzanck, A., Naevus linearis und Halsrippe 937.
— — Tzanck, Arnauld u. Weismann-Netter, R., Atypische Syphilis maligna 935.
Lesczynski 768.
Leslie-Roberts, H., Herdinfektion und Hautkrankheiten 964.
Lespinne, Wydooghe u. Ferona, Purpura nach Arsenobenzol 1211.
Lessing, Alexander, Akuter Rotz 740.
*Leven, Krankheit und Vererbung 709.
— Mongolenfleck 743.
— Stammbaum einer Ikterusfamilie 857.
Levi, Italo, Abortivkur bei Syphilis 828.
Levin, Isaac, Röntgen und Radium bei Krebs 805.
Levin-Herzfeld, A., Einseitige Nierenblutung 827.
Levy, David I., Fieberhaftes Exanthem im Kindesalter 768.
— E., Goldbehandlung der Tuberkulose 807.
Lévy-Bing, Gerbay u. Philippeau, Versuche mit Wismut 1143.

Digitized by Google

Lévy-Franckel u. Blamoutier, Papillomatöse Tuberkulose der Zunge 735.
— Bossan u. Guieysse, Ulzerationen nach hypertonischen Injektionen 935.
— A. u. Juster, E., Lingua geographica 937.
— u. Offret, Favus des Augenlides 735.
Levy-Lenz, Kaupsche Modifikation der WR 1056.
Lewtschenkow 712.
Lick, E., Röntgenschädigungen 695.
Lie, P. 768.
Liebner, Ernst s. Sellei.
Liesegang, Raphael Ed., Kalkablagerungen der Haut 856.
Lignac, G. O. E., Pigment in Lymphdrüsen 742.
Lillington, C. s. Marshall.
Linnemann, Nicholas Louis 1260.
Linser, Prämykotisches Ekzem 1140.
— Pyodermia vegetans 1140.
— 1186, 1188.
Lipschütz, B., Ätiologie der Herpesgruppe 714.
— — Bisher nicht beschriebener Nävus 1054.
— — Über Geflügelpocke 957.
— Bildungsanomalie bei einem Säugling 1158.
— Eunuchoidismus beim Kaninchen 844.
— Granulosis rubra nasi 1246.
— 1157, 1158.
Lipskerow, Keloid bei Syphilis 712.
Litchfield, Harry L. u. Foote, John A., Knochen- und Gelenkveränderungen bei kongenitaler Syphilis 812.
Little, E. G. Graham, Cheilitis 852.
— — — — Dermatitis herpetiformis 852.
— — — — Fall zur Diagnose 785, 852.
— — — — Folliculitis decalvans 1163.
— — — — Gruppierte Comedonen 853.
— — — — Lineärer Nävus 853.
— — — — Mycosis fungoides 1162.
— — — — Serpiginöses Angiom 1163.
— — — — Ulcus rodens 1162.
Lix s. Scheffer.
Löhe, Karzinom der Zunge 691.
Loeper u. Baumann, Harnpepsin 1231.
— Debray u. Tonnet, Wirkung der Autoserotherapie auf die Lipoide des Krebsserums 763.
Löw, Sprudelinfusion bei Urticaria 1182.
Löwenberg 1189, 1190, 1209.
Löwenfeld, Acrodermatitis atrophicans 758.
— Epitheliom 758.
— Strichförmige Dermatose 1158.
Löwenheim 1184.
Loiselet u. Hikhary, Lepra gebessert durch Kalium-Kalzium manganat 738.
Lombardo, Dermatitis interdigitalis eudomycetica 1122.
— Endovenöse Injektionen 1122.
— Salvarsan bei spirobazillärer Symbiose 1122.
Lorenz, Zur Biologie des Gonokokkus 1183.
Lortat-Jacob, Apparat für Kohlensäureschnee 937.
Lotheissen, G., Varizenbehandlung 940.
Louste u. Barbier, G., Dariersche Krankheit 936.
— — Laurent, Marcel, Ausgebreitete Hautmykose 936.
Lucchetti, Kalium-Jodquecksilber bei Syphilis 1122.
Lucas, Herbert, Jodipin bei Psoriasis 959.
Luigi, Antikomplementäre Fähigkeit der Flocken bei SG- und Meinicke-Reaktion 816.
Lukasiewicz, W. v., 768.
Lutz, Wilhelm, Tuberkulose der Haut im Kindesalter 790.
— — 916.

Macallum, Bruce, Trypanosomentötende Kraft von Arsphenamin 1031.
MacCormac, H., Ekzem mit Asthma 852.
— — — Epitheliom der Wange 852.
— — — Fall zur Diagnose 852.
— — Henry, Unechte Hautdiphtherie 1162.
Macdonald, R. A. S., Sarkoptesräude 967.
MacLeod, J. M. H., Hydroa aestivale 1162.
Macnaugthon, F. G. s. Herring.
Maderna, C., Lugolsche Lösung endovenös bei Trichophytie 966.
Maerz, Künstlich erzeugte Hautblutungen 1140.
Majocchi, Cylindroma 1120.
— 1121.
Mallam, Ernst, Recklinghausensche Krankheit 1095.
Mallass, M. L. s. Sidlick.
— — — — Strauss.
Malusardi 1122.
Malyschew 712.
Mandl, Felix, Nichtspezifische Hodenentzündung 1167.
Manson, Patrick 816.
Marchildon, John W. s. Hein.
Marcus, K. 768.
*Marenbach, Willy, Lichen planus oder Salvarsanexanthem 1233.
Marengo s. de Bella.
Mariani, Erythematovesikuläres Exanthem 1124.

Digitized by Google

Mariani, Proteintherapie 1124.
— Silbersalvarsan 1122.
— 1122.
Markert, W. J., Trichophytine 765.
Marshall, C. F. u. Lillington, C., Kongenitale Syphilis 809.
Martenstein, Hans, Krysolgan bei Lupus erythematodes 1182.
— — Wirkung des Serums von Boeckschem Sarkoid auf Tuberkulin 694.
Marthum, Lupus erythematodes 1140.
Martin, Ed., Sopholprophylaxe 1101.
— J., Verschwinden von Blasentumoren durch Hochfrequenzstrom 955.
Martini, Giovanni 1100.
Martinotti, Leonardo, Abortivkur der Syphilis 1120.
— — Aphtha epizootica 1120.
— — Bowensche Dermatose 1120.
— — Hautsyphilis 1120.
— — Störungen des Verhornungsprozesses bei Hautkrankheiten 761.
Mason, Frederic S., Neue Tripperbehandlung 1046.
Massia, G. s. Nicolas.
Massy, R. s. Lepinay.
May, Hans, Malum perforans buccale 962.
Mayer, Arthur, Spirochäten und Blut bei Rückfallfieber 789.
— M., Zeiss, H., Giemsa u. Halberkann, Neues Trypanosomenmittel 912.
Mayr, Julius K. u. Katz, R., Epidermolysis bullosa hereditaria 1051.
— — — Sexualpädagogik 952.
— — — Verminderter Gleichstromwiderstand 1048, 1050.
Mazza, G. 696.
Mazzoni, Rhinosklerom 1124.
McArthur, Robert D. 1192.
McConnell, Guthrie Weaver, Harry L., Purpura fulminans 767.
McDonagh, J. E. R., Erklärung der WR 851.
— — — — — Frische Syphilis der Prostata 811.
— — — — — — Wirkungsart der WR 786.
McFarland, A. R. s. Bircher.
McMillan, Th. M. s. Weidman.
McNeal, Morley D., Serumprophylaxe der Masern 766.
McNeil, Archibald, Vermeidung des Wassermann-Festzustandes in der Syphilisbehandlung 813.
Medi, Eine Komplikation des Scharlachs 767.
Medina, de J. B., Silberarsphenamin 1145.
Mehrdorf, Robert, Espundia 740.
Meier, Marcus, Trypaflavin bei Rachenkrankheiten 764.
Meineri, Angelo, Pityriasis versicolor 1076.
Meinicke, A., Flockungs- und Trübungsreaktionen 815.
— Neue Trübungsreaktion 815.
Meirowsky s. Zinsser.
Meldolessi, Dermatoskopische Studien 1123.
Melen, David R., Haematurie durch Canthariden 1045.
Meltzer, Maurice, Durch das Zystoskop diagnostizierte Fälle 1030.
*Memmesheimer, A., Kalkablagerung in der Haut 1223.
Mendelson, Ralph W., Elephantiasis des Labium 1232.
— — — Hautkrankheiten in Siam 1031.
Menschikow, Jodkataphorese 784.
Menze, H., Luische Rezidivexantheme 809.
Mergelsberg, P. s. Hofmann.
Merlino, Basilio, Arthritis gonorrhoica 1101.
Měska, A., Gluco 914 bei Lues 989.
Mestschersky, G., Einfluß von Typhus auf die WR 1072.
— Germain, Sekundäre Syphilis bei einem Paralytiker 1230.
— 712, 784.
Meyer, Röntgenbehandlung des Frauenbartes 1209.
— Fritz M., Technik der Quarzlichtbehandlung 695.
— Hermann, Nasenkorrektur nach Hasenschartenoperation 939.
— Leo, Zuverlässigkeit des Kochschen und des diagnostischen Tuberkulins nach Moro 791.
Meynet, P. s. Barbe 1142.
Mibelli, Nachweis der Heilung der Syphilis 1121.
Michael, Max, Behandlung der Bartflechte 765.
Michel, Leo L., Steinachsche Operation 1029.
Miescher, G., Chromatophoren 1053.
Milian, G., Nummuläre Erythemato-Sklerose 737.
— — Phthiriasis der hinteren Achselfalte 736.
— Sumpffieberprovokation durch Arsenobenzol 1141.
— u. Lefèvre, Paul, Porokeratosis 934.
— G. u. Lelong, Pemphigoide Eruption bei Syringomyelie 936.
— u. Périn, Ätiologie des rezidivierenden Herpes 936.
— — — Dyshidrosis und Syphilis 736.
— u. Perrin, Wismut-Stomatitis 854.
Minassian, P., Syphilitische Reinfektion 1076.

Digitized by Google

Min Hsu, W. J. s. Thomas 1163.
Mitchell, J. H., Trichophytie der Hände und Füße 1144.
Moberg, L. 768.
Möller, S., Röntgenschädigungen 916.
— E. s. Bierich.
Molitor, H. u. Pick, E. P., Kaltblüterorganismus als Indikator kolloidaler Zustandsänderungen 910.
Montagnani, P. s. Morini.
Montgomery, D. W., Herpes zoster 1029.
— — — u. Culver, G. D., Gelenkauswüchse der Haut 1146.
— Douglass W. u. Culver, George D., Radium bei Kankroid 805.
Montlaur u. Cailliau, Atrophie und Pigmentierungen 735.
Montpellier, J., Vitiligo um einen Nävus 935.
— — u. Lacroix, A., Gonoreaktion 1141.
— — — — — — Injektion von Hg bijodatum bei Varizen 737.
— — — — — Melanoepitheliom 737.
— — — — — — Syphilitische Hydarthrose.
— — Lacroix, A. u. Boutin, P., Lichen planus nach Salvarsan 938.
Morini, Primäraffekt der Ohrmuschel 1120.
— L. u. Montagnani, P., Karzinom ausgehend von den Schweißdrüsen 761.
Morris, Marshall Ford, Nierenfunktionsproben 1231.
Morrow, H. u. Taussig, L., Epitheliome des Gesichtes 1075.
Moses, Lupus disseminatus 849.
Mount, L. B., Bowens Epitheliom 1027.
Mouradian, Arsenobenzol bei Salpingitis 1141.
— Behandlung der Blennorrhoe 1143.
— Elektrargol bei Epididymitis 1143.
— Nervenlues behandelt nach Sicard 1142.
— Zerebrale Lues 1142.
Moure, Paul, Autoplastik des Gesichtes 736.
Mras, F., Mirionbehandlung der Syphilis 1050.
Mucha 759.
Muelledes, F. L., Todesfall durch graues Öl 1048.
Müller, Arthur, Appendizitis und Gonorrhoe 1101.
— Sklerodermie und Akromyegalie 1141.
— Erich, Behandlung der angeborenen Lues 1210.
— Karl, Induratio penis plastica 1148.
— Otto, Medizinische Hochfrequenztechnik 762.
Müller, O., Ungewöhnlich lokalisierte Primäraffekte 1011.
— R. u. Planner, Neosalvarsan- und Luetintherapie bei maligner Lues 830.
Mulzer, P., Syphilitische Erkrankungen in der Allgemeinpraxis 839.
Murero, Getreidekrätze 1123.
— Gumma des Unterschenkels 1123.
— Kienböck-Adamsonsche Methode bei Trichophytie 1123.
— Gino, Kohlensäureschnee bei Lupus erythematodes 762.
Murray, D., Xanthoma diabeticorum 962.

Nagel, V., Cyarsal 1078.
Nakajima, Akira, Blasensteine 897.
Nanta, A., Hepatitis nach Cyanquecksilber 1073.
— — u. Gadenat, Herzsyphilis 1072.
Napoli, di, Ferdinando, Nitritoide Krisen infolge Fabrikationsmängel 831.
Nardelli, Leonardo, Giftige Salvarsanserien 1077.
Nardi, Giona, Primäraffekt am behaarten Kopf 762.
*Nast, Otto u. Wiese, Georg, Kupfersilikat bei Gonorrhoe 1256.
Nathan, Ernst 1104.
Naujoks, H., Fluorbehandlung mit Bazillosan 1251.
Necker, Friedrich, Perinephritis bei Rindenabszeß der Niere 900.
Nejrotti, Mario, Beingeschwüre 744.
Nellans, Charles T., Sporotrichosis 966.
Neuendorff 1190.
Neuwirth, Eugen, Ätiologie des Lupus erythematodes 692.
— — Dermatologische Diagnose nach Philippson und Török 807.
*— — Greenbergsches Zysto-Urethroskop 751.
— — Pistyan bei Hautkrankheiten 1164.
Newcomet, William S., Röntgen und Radium in der Medizin 805.
Newman, Henry P., Plastische Operationen an der weiblichen Blase 1046.
Nicolas, J., Gaté, J. u. Dupasquier, D., Autobluttransfusion bei Dermatosen 1073.
— — Massia, G. u. Dupasquier, D., Ätiologische Betrachtungen über Pellagra 901.
— — — — — — — Kongenitale Syphilis des Zwischenkiefers 952.
— — — — u. Gaté, J., Weinsteinsaures Wismut 952.

Digitized by Google

Nicolas, J., Pont u. Gaté, Hautfistel bei Trichophytie 966.
Nicolau, L., Präventivbehandlung der Syphilis 1143.
— S. u. Bancin, A., Sachs-Georgi-Reaktion 1072.
Niederhoff, Paul, Verhalten der Extraktlipoide bei den Flockungsreaktionen 816.
Niessen, Max van, Experimentell erzeugte Maul- und Klauenseuche beim Kaninchen 807.
Nobécourt, Erythema nodosum bei Kindern 957.
— Purpura des Kindesalters 956.
Nobl, Mycosis fungoides 1159.
Noguchi, Hideyo, Über venerische Kaninchenspirochätose 813.
Nonnenbruch, W., Behandlung der Pyelitis 843.
*Nourney, Zu Nourneys Immunitätsbehandlung 985.
— 1181, 1184, 1189, 1190.
Novák, F. V., Thiargol 988.

O'Donovan, W. J., Bullöse Ichthyosis 1163.
— — — Plasmazellentumor 851.
— — — Teerakne 1163.
Oehler, J., Prostatectomia mediana 1168.
Oelze, F. Walther, Primäraffekt bei einem Manne ohne Penis 1204.
— — — Ist die diagnostische Salvarsaneinspritzung berechtigt? 810.
— — — Übungssonden zur Einführung von Zystoskopen und Urethroskopen 1097.
— — — Untersuchungen über den Syphiliserreger 858.
*— — Zu Greenbergs Zysto-Urethroskop 987.
— 696, 1186, 1207.
*Oelze-Rheinboldt, Meta, Ulcus vulvae acutum und Scheidenbazillen 941.
Offret s. Lévy-Franckel.
Oho, O., Neue Dermatose der Handteller 959.
O'Keefe, Edward Scott: Diät bei Kinderekzem 719.
Oliver, Edward A. u. Eldridge, Charles J., Dermatitis herpetiformis bei Kindern 960.
Oppenheim, Atrophie der Haut und Röntgenveränderung des Genitale 1247.
— Berufskrankheit durch Glaserkitt 1115.
— Gonorrhoischer Bubo 1247.
— Gumma hepatis et lienis 759.
— Keratodermia papulosa palmaris et plantaris 1115, 1158.
— Keratosis follicularis 1157.
Oppenheim, Lichen microsporicus 1157.
— Lupus erythematodes 1157, 1247.
— — — acneiformis 1115.
— — — disseminatus 759.
— Pediculi pubis an Kopf und Augen 1157.
— Psoriasis der Nägel 1247.
— Rezidivexanthem nach überstarker Herxheimer-Reaktion 759.
— Urticaria recidivans 1246.
— 1118, 1157, 1245, 1246, 1248.
Oppenheimer, Rudolf, Tabische Blasenparese 1166.
Orlowski, P., Impotenz des Mannes 716.
Oro, Augusto, Kaliumpermanganat bei spitzen Kondylomen der Harnröhre 762.
Orphanides, E., Syphilitische Reinfektion 1143.
Osmond, T. E., Komplementbildung bei Gonorrhoe 1100.
Osswald, W., Autovakzinebehandlung der Gonorrhoe 1050.
Ota, M., Epidermophyton rubrum und Eczema marginatum 953.
Otto, R., Zur Anaphylaxiefrage 909.
Oudendahl, A. J. F., Dritter Testikel 1166.
Oury s. Hudelo.

Pagenstecher, Gustav A., Madurafuß 966.
Palumbi, Hyperkeratosis plantaris 1124.
Pardee, Irving, Nervensyphilis 1011.
Pardo-Castello V. u. Dominguez, M., Rhinosklerom 1147.
Parkhurst, H. J. s. Wise.
Parmenter, Frederick J., Einiges über zystoskopische Technik 1030.
Parounagian, Mihran B., Erfahrungen mit Silbersalvarsan 830.
*Parrish, C. C., Pellagraausbreitung vom Standpunkt des nordamerikanischen Arztes 817.
Parthasarathy, P., Barratt, Mary M. u. Ledingham, J. C. G., Sachs-Georgi-Reaktion 1077.
Pasini, Gonorrhoische Adenitis pelvica 1123.
— A., Wismut bei Syphilis 1076.
— 1120.
— u. Vigano, Knochensyphilis 1123.
Paterson s. Thursfield.
Pathault, Banale gastrointestinale Erscheinungen infolge Syphilis 738.
Paul, Ernest, Harnröhrensteine 1030.
— H. Ernest, Nierentumor 1031.
Pautrier, L. M., Acanthosis nigricans 953.
— — — Atrophodermie vermiculée 853.
— — — Knotenförmige Licheninfektion 902.

Digitized by Google

Pautrier, L. M., Parapsoriasis lichenoides 827.
— — — u. Roederer, J., Pemphigus foliaceus 953.
— — — — Eliascheff, Olga, Lupus miliaris disseminatus 827.
— — — — Scheffer, Leukoplakie durch Algen 853.
Pawlow 712.
Pearce, Louise s. Brown.
Peicic, Robert, Nierenkarzinom im Kindesalter 900.
Peiser s. Buschke.
Pellacini, Guiseppe Präventivbehandlung der Syphilis des Zentralnerven-
Pereyra, Giorgio, Gummen der Lider 1250. 1250.
Périn s. Jeanselme.
— — Milian.
— — Sauphar.
Pernet, George, Bandartige Sklerodermie 851.
— — Epitheliom auf Lupus 851.
— — Kerato-Epitheliom 1162.
— — Multiforme Dermatitis 852.
— — Sklerodermie 1163.
— — — des Gesichtes 853.
— — Ulcus rodens 1163.
Perrin, Léon 968.
— s. Milian.
Perutz, Lupus erythematodes 1116.
Peters, B. A., Gallensaures Salz als Läusemittel 967.
Petersen, O. H., Thierschsche Deckung frischer Verletzungen 958.
Petges 1232.
Petrén, Gustaf, Akzessorische Nierengefäße 1231.
Peyri-Rocamora, J., Epidemie von Keratosis follicularis 1229.
*— — Neosilbersalvarsan 836.
Pfeiffer, E., Homosexualität und Hodentransplantation 1167.
Pfister, E., Schußverletzungen der Harnorgane 827.
Phemister, D. B., Staphylokokkeninfektion durch Hautherde 719.
Philippeau s. Lévy-Bing 1143.
Philipps, James McIlvaine, Angioneurotisches Ödem 717.
Piccardi, Gonorrhoe und Syphilis der Urethra gleichzeitig 1123.
— Reinfectio syphilitica 1123.
— 1121.
— u. Alesio, Syphiloma anorectale 1123.
*Pick, Erwin, Multiple kleinfleckige Sklerodermie 1253.
— E. P. s. Molitor.
Pinard, Marcel, Syphilisähnliche ulzerös-hypertrophische Läsionen der Vulva 935.
Pinard, Marcel u. Deglaire, Leukoplakie der Zunge 738.
Pincussen, Ludwig, Beeinflussung der Kohlehydrate durch Strahlen 916.
Pinkus, Hat sich Humagsolan bewährt? 965.
— 805, 850, 851, 1185, 1188, 1205, 1207.
Pinner, Hans, Nierenaktinomykose 898.
Pirondini, Zur Semiologie der Prostata 1167.
Piorkowski, Neue Gonorrhoetherapie 1209.
Planner, Epidermolysis bullosa hereditaria 1160.
— Luetinbehandlung 1117.
— Pemphigus pruriginosus 1117.
— Scrofuloderma nach Morphininjektion 1117.
— H. s. Müller.
— Herbert u. Remenowsky, Franz. Ulzerationen am weiblichen Genitale 1228.
— u. Strassberg, Epitheliale Dermatose mit Abszessen 758.
Plaut, A., Hypophyse bei akuten Infektionskrankheiten 741.
Plaut 1181.
— Alfred s. Unna.
Pletnew, D., Moskauer Fleckfieberepidemie 1917—1920 789.
Podestà, G. B. s. Rebaudi.
Pöhlmann, A., Flockungsreaktion von Dold 816.
Poláček, Atypische Ichthyosis 1244.
— Epitheliom der Rückenhaut 1245.
Polland, Salvarsanurtikaria 1161.
Pomaret, M. s. Jeanselme.
— — — Sézary.
Pont s. Nicolas.
Porcelli, Rodolfo, Autovakzine bei Lepra 1123.
— — Gonokokkenvakzine 1123.
— — Granulationsgeschwülste durch Eitererreger 762.
— Hemispora stellata.
— Präzipitationsreaktion 1123.
Porias, Erythema solare auf Vitiligo 1246.
— Toxidermie durch indischen Hanf 1245.
— 1115.
Porosz, Prostatahypertrophie 1031.
Portilla, Fall zur Diagnose 1046.
— de la, Keloide nach Verbrennung 1047.
— — — Syphilitische Autosuperinfektion 1047.
Posner, C., Unbekannte Form der Azoospermie 841.
— Sterilität des Mannes 1208.
— 1260.

Digitized by Google

Pospelow, W. A., Kalkablagerung in der Haut 1227.
— 712.
Pranter, Zyste der Unterlippe 1159.
*Prosch, Werner, Goldhydrosole Goldsolreaktion 1085.
Protmann, Georges, Syphilis hereditaria tarda und Lupus 992.
Pulay, Erwin, Blutchemie und Dermatologie 1182.
— — Ekzem der Kinder 1071.
— — Haut und vegetatives Nervensystem 1210.
— — Knochenveränderungen bei Erfrierung 856.
— — Quellungs- und Entquellungserscheinungen 911.
— — Modifizierte Salvarsantherapie 830.
— 1187, 1190, 1191.
Pulvermacher 850, 1188, 1191.
Pulvirenti, Francesco, Neue Behandlungsmethode von Hautkrebs 763.
Pust, W., Zelluloidkapseln bei Zervixerkrankungen 841.

Quinby, William C., Infektion der Niere 1192.
Quincke, Heinrich 768.
Quinn, William Augustus 1212.

Rabeau s. Ravaut.
Rabut, Robert, Lupus pernio 1229.
Radaeli 1121.
Radnai, Ernst s. Lehner.
Raices, J. A. 696.
Ramognini, Pietro, Primäraffekt der Nase 1076.
Randak, Alexander, Einseitige zosteriforme Leukopathie 713.
— Granulosis rubra nasi 1161.
— Gumma durch Trauma 761.
— Lichen ruber verrucosus 1249.
— Lupus erythematodes disseminatus 1119.
— Naevus Pringle 1249.
— Sklerose der Unterlippe 761.
Rattey, Willy, Rectumstriktur durch Mesothorium 938.
Ravaut, P. und Boulin, Trichophytie des Bartes geheilt durch Lugolsche Lösung 901.
— — — Rabeau, WR bei Lymphogranulomatosis inguinalis 903.
Ravogli, A., Elephantiasis vulvae 1232.
— — Folliculitis decalvans 965.
— — Strikturen 1165.
Raynaud 1232.
Rebaudi, Ulisse u. Podestà, G. B., Hauterkrankung durch Penicillium 1249.
*Rebaudi, U. u. Sivori, L., Bewertung der WR 697.
Reese, H. s. Hunziger.
Regan, Serumbehandlung bei Milzbrand 720.
Regensburger, K., Reichmannscher Symptomenkomplex 1032.
*Reichenbächer, Willy, Zur Statistik der Verheirateten unter den Geschlechtskranken 821.
Reif, Chronische Infektion im kleinen Becken beim Mann 1141.
— Gesäßlupus 1140.
— Pemphigus 1140.
— Seborrhoisches Syphilid 1141.
Reil, Hans, Tuberkulöse Erkrankung kongenital abnormer Nieren 1098.
Reiner, Lichen planus 1245.
Reinhardt, Ad., Trypaflavin bei Diphtherie 718.
Rejsek s. Burnier.
Remenowsky, Franz s. Planner.
Remy, E. s. Hahn.
Renč, V., Neue Spirochätenfärbung 1054.
Renty, P. s. Simon.
Reschke, Karl, Injektionsepithelisierung 958.
Ress, Hermann, Trichophytide 966.
Reyn, A. 768.
Rhodin, Nils, Larynxgelenkaffektion bei Gonorrhoe 715.
Richter, Ed., Höhensonnenlicht 696.
— Wilhelm 832.
Riecke, Hautatrophie 1091.
— Ringelhaare 1091.
— Salvarsanexanthem 1189.
— Verdünnung des Haarschaftes 1091.
— 1093, 1184, 1185, 1208, 1210.
Riehl, Cornua cutanea 1160.
— Verletzung durch elektrischen Strom 1117.
— 1116, 1117, 1157, 1158, 1159.
Rietmann s. Scheffer.
Rihmer, Béla v., Chirurgie des Prostatismus 898.
Rille, Atrophie der Haut (Erythromelie) 1204.
— Bisher unbekannte Keratose (Keratosis rubra figurata) 1204.
— Dariersche Krankheit 1203.
*— Eine bisher nicht beschriebene Hautkrankheit (Cricoderma) 861.
— Erythrodermie congénitale ichthyosiforme 1203.
— Hautatrophie mit Indurationen 1203.
— Keratoma palmare et plantare hereditarium 1203.
— Lichen ruber acuminatus 1203.
— Monilethrix 1203.
— Quecksilber intern bei angeborener Syphilis 1210.

Digitized by Google

Rille, Spieglersche Endotheliome 1204.
— Syringozystadenom 1203.
— 792, 861, 959, 962, 967, 992, 1010, 1011, 1054, 1055, 1080, 1180, 1187.
Rischin, M., Miliarlupoid 856.
Riser s. Cestan.
Riva, Sarcoma Kaposi 1124.
Rivalier, E., Trichophytie des Kopfes beim Erwachsenen 936.
Robert, Jean, Prurigo nodularis 736.
Robertson, W. M., Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten 860.
Roedelius, E., Uraninprobe 900.
Roederer, J., Recklinghausensche Krankheit 853.
Roederer u. Camus, Sekundäre Syphilis bei einem kongenital Syphilitischen 826.
— J. s. Pautrier.
Rohrbach 1093.
Rolando, Silvio, Bilaterale polyzystische Niere 955.
Rolnick, H. C., Primärer Bubo 1030.
Romeis, B., Mikroskopische Technik 1099.
Ronchese, Francesco, Lugolsche Lösung bei Barterkrankungen 1250.
Ronchi, A. s. de Villa.
Rose, E. s. Eicke.
Rosen, J. s. Fordyce.
Rosenbloom, Jacob, Herpes nasalis nach Phenolphthalein 957.
Rosenthal, Granulome 690.
— Melanose 680.
— 805.
— F. u. Braunisch, R., Xanthomatosis und Hypercholesterinämie 743.
Rost 1140.
Roth, George B., Verschlechterung des Neosalvarsan 1079.
— Theodor, Syphilis der Vagina und Vaginalportion 1011.
Rothlin, W., Vitaminfrage 741.
Rothman, Stephan, Zur Physiologie der Juckempfindung 1051.
Rothpelz, Hans, Scharlach in Zürich 1912—1919 767.
Roucayrol s. Dartigues.
Rout, Ettie A., Venerologische Erfahrungen der Neuseelandstreitkräfte in Frankreich 859.
Rubinstein, Ausflockungsverfahren 1096.
— s. Leredde.
Rüscher, WR bei Kindertuberkulose 791.
Rüsing u. Schulte, Mycosis fungoides und Noma 964.
Ruggles, E. W., Therapie von Hand- und Fußleiden 1146.
Rutgers, J., Sexuelle Entwicklung 860.
Sabouraud, R., Haar bei Alopecia areata 853.
Sachs, Otto, Dupuytrensche Kontraktur 1245.
— — Spontanheilung der plastischen Induration 857.
— Vitiligo und Neurodermitis 1159.
— 759, 1245.
Salle s. Decrop.
Salomon, R., Augenerkrankungen der Neugeborenen 832.
— — Sopholprophylaxe 1102.
— Bemerkungen zur Syphilisbehandlung 1189.
— 1182, 1184.
Šamberger, Wesen der Psoriasis 715.
Saphier, Johann, Dermatoskopie IV 691.
Satenstein, D. L. s. Wise.
Saudek, J., Saugmethode bei Urethritis 785.
Sauphar, Alopecia areata nach Zeckenstich 736.
— u. Périn, Pruritus mit Lichenifikation 736.
Savatard, Fall zur Diagnose 852.
Savill, Agnes, Sarkoid 1162.
Savnik, Paul, Diffuse Hautinfiltrate bei sekundärer Lues 714.
— Neuartige Behandlung in der Dermatologie 1205.
Schäfer 1209.
Schalek, Alfred, Vakzine an der Lippe 788.
Schamberg, F. Jay s. Greenbaum.
Schaumann, J. 768.
Scheele, Alexander, Spirochätenuntersuchung nach Abheilung von Mundsyphilis 1054.
Scheffer, Rietmann u. Lix, Tuberkulose der Haut, Knochen und Gelenke 826.
Scheffer s. Pautrier.
Scherck, Henry J., Harnleiterverlegung 1031.
Schereschewsky u. Worms, Werner, Kaninchensyphilis 1071.
Schiemann, O., Experimentelle Wunddesinfektion 717.
— u. Wreschner, O., Antiseptika gegen Streptokokken 912.
Schierge, M., Ödem bei Magenkrebs 696.
Schittenhelm, A., Gicht und Nukleinstoffwechsel 911.
Schlaepfer, Karl, Carrel-Dakinsche Wundbehandlung 718.
Schmidt, Hans, Antimon in der Medizin 914.
— — Lipoide 1147.
— L., Verhalten von Keimen gegen ultraviolettes Licht 915.

Digitized by Google

Schmidt, Lupoid 1140.
— Xanthom 1140.
— W. J., Frieboes Anschauung über den Aufbau der Epidermis 1049, 1050.
— William H., Röntgendiagnose der Nierensteine 1231.
— Willy, Gonorrhoische Vulvovaginitis infantum.
Schmieden, Nebenhodentuberkulose 843.
Schmitt, Alopecia areata 1092.
— Makrocheilie 1092.
— Neurinomatosis 1092.
*Schmölder, Robert, Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 680.
Schneider, E., Eukupin bei Reizblase 842.
Schober, P., Heilentzündung und Heilfieber 912.
*Schoch, A. M., Schweißporenveränderungen bei scharlachartiger Erkrankung 1169.
Schön, Herbert, Singultus bei Harnretention 1168.
Schönfeld, W., Einheitlichkeit der Rückenmarksflüssigkeit in den verschiedenen Bezirken 1052.
— — Favus in Vorpommern 765.
— 1187.
Scholtz, W., Traubenzuckerinjektionen 838.
Schreus, Hans Ph., Röntgenbehandlung in der Dermatologie 763.
Schröder, P. s. Friedberger.
— W., Blasenverletzung durch Pfählung 842.
Schüppel, A., Nierendekapsulation bei Hämaturie 898.
Schürer, J., Ikterische Hautschrift 956.
Schütz, F. W., Subunguale Exostosen 965.
Schulte s. Rüsing.
Schultze, E., Paraurethraler Bindegewebstumor 1148.
Schulze, W., Transplantation 911.
*Schumacher, Josef, Chemischer Aufbau des Gonokokkus 1174.
— Worauf beruht die spezifische Wirkung des Hg 803.
Schwalbe, J., Diagnostische Irrtümer 839.
Schwartz s. Fournier.
Schwers, Die WR ist für den Praktiker ohne Nutzen 1142.
Scomazzoni, Silbersalvarsan und Neojakol 1122.
— F., Tripper bei kleinen Mädchen 762.
Seay, Cornelius James, Augensymptom bei Syphilis 1045.
Sebileau u. Dufourmentel, Kinnplastik 736.
Šedivý, Emil, Geschichte der Kosmetik 739.
Sedlák, V., Drüsenpunktion bei Diagnose der Lues 988.
Segré, Rhinophyma 1124.
— Lupoid 1124.
Seibold, Franz, Zur Ätiologie der Akne 719.
*Sellei, Josef u. Liebner, Ernst, Wirkung von Hg-As-Präparaten auf Tuberkulide 1108.
Selter, H., Immunitätsverhältnisse bei Meerschweinchentuberkulose 808.
— — Tuberkulöse Allergie 990.
— — Wirkung abgetöteter Tuberkelbazillen 792, 808.
Semon, Henry C., Hautkrankheiten durch Zahnfleischaffektionen 964.
— — — Trichotillomanie 965.
— — — Psoriasis behandelt nach Danysz 851.
— — — Trichophytie 853.
Sequeira, J. H., Fall zur Diagnose 851.
— — — Sclerodermia guttata 852.
— — — Sklerodaktylie 784.
— — — Sklerodermie mit Nebennierenineuffizienz 954.
— G. W., Naevo-Xantho-Endotheliom 852.
— — — Ulcus rodens 852.
Serdinkoff, M. G., Einfluß des Pituitrin auf die Blase 1166.
Serra Alberto, Lepra in Sardinien 1076.
Sexton, Marshall C., Quecksilbervergiftung nach Scheideneinlauf 1252.
Sézary, A. u. Pomaret, M., Wismut-Arsenbehandlung der Syphilis 1080.
Shaw, Maurice s. Barber, H. W.
Sheild, Arthur M. 1080.
Sheo-Nan-Cheer, Tuberkelbazillen in der Rückenmarksflüssigkeit 909.
Sibley, Knowsley, Leuconychia striata 1095.
— — Lichen obtusus corneus 785.
— — Lymphadenoma cutis 1162.
Sidlick, D. M. u. Mallass, M. L., Wirkung des Silbersalvarsan auf die Niere 1078.
— — — s. Strauss.
— David M. s. Corson 957
Siebrecht, H. u. Ujhelyi, J., Rivanol bei lokalen Infektionen 914.
Siegert, Friedrich, Juveniles Rektumkarzinom 963.
Siemens, Hermann Werner, Zur Kenntnis der Xanthome 692.
— — — Epidermolysis bullosa hereditaria und Dermatitis herpetiformis hereditaria 857.
— — — Epidermolysis bullosa hereditaria 856.
— — — Salvarsan bei Warzen 857.
— — — Salvarsanresistente Syphilis 829.

Digitized by Google

Sikora, H., Unterscheidung der Kopf- und Kleiderläuse 766.
Silberberg, Martin, Mammatumoren 963.
Silbermann, Salvarsandermatid 712.
Silvan, Cesare, Haarnadel in der Blase 842.
Silvestre, P., Syphilitische Hemiplegie 1142.
Simey, A. J., Impetigo contagiosa in Schulen 958.
Simon, Clément, Metallische Depots in der Gesäßgegend 1096.
— — Rücklaufkanüle für Mastdarmspülung 1096.
— — Spinalflüssigkeit bei Pityriasis rosea 1096.
— — u. Renty, P., Lebersyphilis 735.
Singer, Oskar, Klinik und Ätiologie der Hautatrophien 692.
Sivori, L. s. Rebaudi.
Skinner, Edward H., Radiologische Maximen 806.
*Sklarz, Ernst, Anuläre Erytheme 796.
— Salvarsantod bei Malaria 804.
— Syphilitische Parotitis 690.
— s. Buschke.
Slotkin, G. E., Fremdkörper der Harnblase 1029.
Smiley, Orvall, Azeton in der Syphilisbehandlung 831.
Smirnow, Psoriasis rupioides 712.
Smith, C. M., Behandlung der Frühsyphilis 1027.
— D. King, Orientbeule 1075.
— George Gilbert, Wert der Urethroskopie 1030.
Sollmann, Torald s. Cole.
Solomon, Harry C. u. Klauder, Joseph V., Nervensyphilis bei negativem Liquor 813.
*Soltmann, Heinz, Mäusefavus beim Menschen 869.
Sommer, René, Neurinomfrage 962.
Sonnenstein, C. A., Hautschmerzreize 907.
Spencer, John C., Massage der Samenblasen 1045.
Sperling, Fritz, Tabische Wirbelsäulenfraktur 1032.
Spiethoff, Bodo, Verhalten der ausgewerteten WR bei zeitweise unbehandelter Syphilis 813.
Spillmann, L., Tonsillarschanker 1143.
Spremolla, Knotige Geschwülste der Haut 743.
Spuhl, Rudolf, Gesetzgeberische Sexualdiktatur 905.
Sserdjukoff, M. G., Beziehungen zwischen Ovarium und Nebennieren 741.
Stahnke, Ernst, Knochenveränderungen bei Neurofibromatose 742.
Stahr, H., Aktinomykose 965.
*Stangenberg, Jos., Salvarsan-Cyarsal-Mischspritze in ambulanter Behandlung 822.
Stein, Robert Otto, Geschlechtskrankheiten 904.
Steiner, Walter R., Dermatomyositis 744.
Stelz, Regeln für das Geschlechtsleben 905.
Stenzler, Wilhelm, Tuberkulose der Tränendrüse 990.
Stern, Carl, Einzeitige Sachs-Georgi-Meinicke-Reaktion 814.
Sternthal, Alfred, Neosilbersalvarsan 1078.
Stevens, Rollin H., Strahlenbehandlung oberflächlicher Krebse 806.
Stillians, Arthur William, Sarkoide und Syphilis 810.
Stokes, J. H., Syphilisbehandlung bei Mutter und Kind 1028.
Stone, Alexander L., Phalluskult 1071.
Stopford, John S. B., Neuritis durch Armbanduhr 939.
Stott, A. W., Erythromelalgie 1163.
Stowers, J. H., Artifizielle Dermatitis 853.
— — — Fall zur Diagnose 851.
Strandberg, Ove s. Heiberg.
Stein 1184.
Steinberg, Paul, Levurinose bei Scheidenausfluß 1251.
Sternberg 1186.
Strassberg, Atypischer Lupus vulgaris 761.
— Leukämische Erythrodermie 1118.
— Lupus erythematodes 1247.
— Ungewöhnlich ausgebreiteter Lupus 1247.
— Primäre Erythrodermie 1118.
— Sclerodermie en plaques mit Lues 761.
— s. Planner.
Strauss, Abraham, Sidlick, D. M., Mallass, M. L. u. Crawford, B. L., Silbersalvarsan verglichen mit Alt- und Neosalvarsan 1078.
— Otto, Strahlenbehandlung des Krebses 963.
Strempel, R., Erythema microgyratum 1049.
Strickler, Albert, Histologie positiver Hautproben 910.
— — Klinische Bedeutung der WR 1055.
Stühmer, Sklerodermie 1140.
— A. u. Drever, K., Serumuntersuchung auf Syphilis bei Schwangeren 1056.
Stümpke, Georg, Afenil gegen Salvarsanschäden 1092.

Digitized by Google

Stümpke, Bullöse Erkrankungen 1093.
— Dermatitis herpetiformis 1092, 1093.
— Dermatomyom 1092.
— Ekzem und Dystrophia adiposo-genitalis 1093.
— Geschwüriger Prozeß am Genitale 1093.
— Lupus erythematodes 1092.
— Lupusfälle 1092.
— Molluscum contagiosum 1093.
— Primäraffekt am Hinterkopf 1092.
— Röntgengeschwür 1092.
— Sarkoid 1092.
— Sulfobadin 915.
— Syphilis cerebrospinalis 1093.
— Syphilisfälle 1093.
— Zerstörungen des Gesichtes 1092.
— 916.
Stupka, Walther, Therapie der Nasentuberkulose 739.
Sturli, Adriano s. Brunetti.
Stutzin, J. J., Harnretention ohne nachweisbare Ursache 842.
Sutton, R. L., Behandlung der Psoriasis 1010.
Suquet, P. s. Audry.
Symmers, Douglas u. Cady, D. W., Milzbrandbazillen in Rasierpinseln 740.

Taft, A. Robert, Radiotherapeutisches über Hautkrebs 806.
Tagasuhi, S., Zysten durch Einsenkungen der Haut 693.
Takamine, Yogichi 816.
Takeya, Sarkoid 903.
Tannhauser, Myositis luetica 1140.
— Papulonekrotisches Tuberkulid 1140.
— Skrofulodermaartige Lues 1140.
Tarchini, Hypertrichose 1124.
— Tertiäre Arthropothie 1124.
Taussig, L. s. Morrow.
Teljer, G. J. 768.
Tharp, Milton s. Hall, F.
Thewlis, Malford W., Radiumbehandlung im höheren Alter 806.
— George, Katzenräude 739.
Thibierge, G., Hundekrätze 854.
— G. u. Cottenot, P., Alopecia areata durch Pruritus analis 935.
Thoenes, F., Skelettsystem bei Säuglingssyphilis 810.
Thomas, B. A. u. Min Hsu, W. J., Ausscheidung von Indigokarmin 1163.
— Gilbert J., Papillom der Blase 1029.
Thorp E., Scharlach im Puerperium 968.
Throne, Binford u. Goodman, Herman, Pseudoxanthoma elasticum 1031.
— B. u. Goodman, H., Pseudoxanthoma elasticum 1006.
Thursfield u. Paterson, Dermatopolyneuritis und Erythroödem 939.
Timberlake, Gideon, Zystoskopische Fulguration 1031.
Tissot s. Gastou 735.
Török, L., Lehner, E. u. Kenedy, D., Pathogenese der Urtikaria 858.
Tokuda, K., refraktometrische Studien bei Arsphenaminbehandlung 1008.
Tomasczewski, Egon 1168.
Tommasi, Herpes menstrualis 1123.
— Knochengelenksläsionen bei kongenitaler Lues 1123.
— Reinfectio syphilitica 1123.
Tonnet s. Loeper.
Toomey, Noxon, Hypodermiasis 785.
— — Juckende Punkte 1164.
— — Tierische Krätze 1251.
— — Trombidiasis 1071.
Tousey, Sinclair, Schutzvorrichtung bei Röntgenuntersuchung 805.
Touton 1141.
Trebing, Joh., Behandlung des Fluor albus 1251.
Trossarello, Pemphigus epidemicus 1120.
Trost, W., Salvarsan und Blutgerinnung 857.
Troyman, Elmer D., Epitheliom der Lippe 744.
Truffi, Trepol 1122.
— 1122.
Trýb, A. 768.
Tschernogubow 712.
Tsuji, R., Negativität der WR 903.
Tumpeer, Harrison, Rolle des Trauma nach Syphilis 812.
Turner, John A., Zinkoxydvergiftung 915.
Tyschnenko, A. s. Iwanow.
Tzanck, A., Autoserotherapie des rezidivierenden Herpes 738.
— — Wismut bei Syphilis maligna 1097.
— — s. Flandin.
— Arnauld s. Leri.
— A. u. Dohen, Salvarsan bei seronegativer Syphilis 737.

Überschaer, Tuberculosis colliquativa 691.
Ujhelyi, J. s. Siebrecht.
Ullmann, Karl, A. Blaschko 1115.
— Herpes zoster 1160.
— Prurigo ferox 760.
— Wirkung von Arsen auf die Leber und andere Organe 1188.
— 759, 1208.
Ulrich, H., Fremdkörper der Blase 842.
Underhill, F. P. u. Davis, St. H., Arsenausscheidung nach Salvarsanbehandlung 1074.
*Unna, P. G., Suprarenin 685.
— — — Wesen der Giemsafärbung 908.
— 1187, 1188.

Digitized by Google

*Unna, Paul u. Plaut, Alfred, Sektions-Leprafall 1013.
Unterkirchner, Nekrotisierender Bubo 1116.

Vajda, E. s. Lehner.
Valenta, E. s. Freund.
Vedel, Giraud, G. u. Boulet, P., Sklerodermie en plaques 938.
Veeder, Borden S., Fieberhaftes Exanthema subitum im Kindesalter 767.
Vegni, Remo, Experimentalstudium der Herpesinfektion 717.
Veiel, Fritz, Fleckförmige Sklerodermie 1140.
— — Urticaria pigmentosa 1140.
— — 1140.
— Th., Gummischwamm bei Ulcus cruris 1141.
Vierling, K., Lugolsche Lösung bei der Gramfärbung 908.
Vigano s. Pasini.
Vignes, H. u. Cornil, L., Schilddrüseninsuffizienz und Sterilität 961.
Vill, Gg., Tod nach Salvarsanbehandlung 829.
Villa, de u. Ronchi, A., Chemisch-serologische Ersatzreaktionen der WR 828.
— — — — — WR bei Kindern 815.
Voeckler, Th., Behandlung der Krampfadern 940.
Voehl 1181, 1182.
Voigt, Arthur, Strauszsche Salbe bei Ekzem 959.
*— Leonhard, Statistik der Verheirateten unter den Geschlechtskranken 1153.
— s. Görl.
Volk, Lupuskarzinom 1117.
Vollmer, E., Impfnekrose 713.
— Sarkomatosis 693.
Vossen, Karl, Geschlechtskranke in der Rheinprovinz 951.

*Waelsch, Ludwig, Unterempfindlichkeit der Haut gegenüber Ekzem innerhalb eines Naevus teleangiectoticus 982.
Walker, M., Aszendirende Infektion der Niere 1212.
— Norman 916.
Wallenstein, Sidney, Deutung der WR 1055.
Wallner, Adolf, Neurinom 962.
Walter, Franz, Impetigo herpetiformis und endokrine Drüsen 1228.
— — Zugehörigkeit des Angiolupoids 1227.
— 768.
Walther, F. K., Liquorströmung und Homogenität des Liquor 816.
— Henry B. W., Harnleiterverengerung 1030.
Warthin, Alfred Scott, Syphilis der mittleren und kleinen Arterien 810.
Weaver, Harry L. s. McConnell.
Weber, F. Parkes, Erythroedem und Acrodynie 953.
— Hans, Hydroa vacciniformis 959.
Wechselmann, Wilh. u. Hohorst, Wilh., Bilirubingehalt des Serums nach Salvarsan 694.
Weed, Walter A., Behandlung multipler maligner Lippengeschwülste 1045.
Weidman, F. D. u. McMillan, Th. M., Trichophytienährboden 1007.
— — — Sproßpilze und Fadenpilze in Hautschuppen 1145.
Weil, Artur, Geschlechtstrieb und innere Sekretion 844.
— — Innere Sekretion 905.
*Weiler, Felix, Syphilis ohne Primäraffekt 880.
Weill, A., Gonorrhoische Hautmetastasen 840.
Weismann-Netter, R. s. Leri.
Weithas, R. C., Peratom des Hodens 1029.
Wellmann, Eduard, Mycosis fungoides 1149.
Werboff, S., Harnblase bei Kolibazillensepsis 897.
Wertheim, L., Rezidivierendes Erythema multiforme 1050.
Werther, J., Encephalitis bei Syphilis 1011.
Wetterer, J., Neue Gedanken zur Therapie des Karzinoms 963.
— — Serumbehandlung von Anämien 914.
Wheeler, G. A., Behandlung der Pellagra mit Ergänzungsmahlzeit 961.
— John M., Plastik bei Narbenectropium 744.
White, Ch. J., Steinkohlenteer 1028.
— C. F. s. Dale.
Whitfield, Arthur, Fall zur Diagnose 851.
Wichmann, P., Spezifische Therapie der Hauttuberkulose 855.
Wiechowski, W., Adsorptionstherapie 913.
— — s. Adler.
Wiese, Georg s. Nast.
Wilczewski, T. von, Hutchinsonsche Zähne 992.
Wildisch, G. H., Antimon bei Lepra 989.
Wilkens, Henry F. u. Gewin, William C., Radium bei Lippenkrebs 806.
Will, J. C. Ogilvie 768.
Willecke, Emil, Pemphigus acutus 960.
Williams, Ch. M., Hautausschläge der Hände und Füße 1144.

Digitized by Google

Winfield, J. M., Pruritus anogenitalis 1010.
Winckler, C., Salvarsan-Novasurol bei Herzkranken 1078.
Winsbury White, H. P., Epididymitis und suprapubische Prostatektomie 843.
Wirth, W. H., Glüheisen gegen spondylitische Lähmungen 991.
*Wirz, Franz, Beseitigung von Telangiektasien mit Spritzbrenner in iontophoretischer Anästhesie 793.
*— — Lichenoide Salvarsanexantheme 1213.
*— — Lichen ruber planus und lichen-ruber-planus-ähnliche Exantheme bei Salvarsankuren 745.
Wise, F. u. Abramowitz, E. W., Hautausschläge nach Phenolphthalein 1145.
— — — Parkhurst, H. J., Eitrige und narbenbildende Erkrankung der Kopfhaut 1027.
— — — Satenstein, D. J., Hauttuberkulose 1009.
With, Carl u. Kissmeyer, A., Dystrophia elastica follicularis 1073.
— — s. Heiberg.
— — s. Kissmeyer.
Wolbarst, Abraham J., Anregungen zur urologischen Technik 1030.
— Abr. J., Steinachsche Operation 1192.
Wolf, Entlausung 766.
— Richard, Liquor bei Frühsyphilis 1055.
Wolff, F., Quecksilberexantheme 829.
— J., SGR und Luesdiagnostik 815.
— Jakob, Neue Gedanken zur Therapie des Karzinoms 963.
Wolffheim, Willi, Einfluß des Erysipels auf bösartige Tumoren 763.
Wolfsohn, Naevus linearis 784.
Woody, W. S., Spinnenbiß an der Glans 1148.
Worms, Werner s. Schereschewsky.
Wossidlo, E., Zystoskopischer Atlas 904.
Wreschner, O. s. Schiemann.
Wright, C. S., Porokeratosis 1007.
— Franklin B., Gonorrhoischer Rheumatismus 1030.
Wydooghe s. Lespinne.
Wyeth, George A., Endothermie 939.

Young, H. McClure, Divertikel der Urethra 1029.
— William J., Radium bei Warzen 806.

Zeisler, Erwin P., Salpetersaures Quecksilberoxyd bei Lupus 990.
Zeiss, H. s. Mayer.
Zieler, Karl, Säuglings- und Ammensyphilis 991.
— — Tuberkulöse Allergie 990.
— — Wesen und Behandlung der Geschlechtskrankheiten 904.
— — 992.
— 1141.
Zinsser, Angioneurotischer Symptomenkomplex 830.
— u. Meirowsky, Kölner Salvarsanstatistik 1050.
Zumbusch, v., Behandlung der angeborenen Lues 1210.
— — — — frischen Syphilis 828.
— — 1140.
— Leo v. 1032.
Zurhelle, E., Gitterfasern bei Hautkrankheiten 1055.
— Emil, Leukoderma bei Parapsoriasis 1049.

Druck von Grimme & Trömel in Leipzig.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

125584

Digitized by Google